



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Humanas – IH
Departamento de Serviço Social – SER

JÉSSICA LARISSA SOUSA LIMA

**ANÁLISE DA QUESTÃO RACIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL EM
CAPS II DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília – DF

2017

JÉSSICA LARISSA SOUSA LIMA

Análise da Questão Racial no Atendimento em Saúde Mental em CAPS II do Distrito Federal

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social (SER), do Instituto de Ciências Humanas (IH), como requisito à obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, pela Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Prof^a Lucélia Luiz Pereira.

Orientadora: Lucélia Luiz Pereira

Brasília – DF

2017

Análise da Questão Racial no Atendimento em Saúde Mental em CAPS II do Distrito Federal

A banca examinadora abaixo identificada aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Serviço Social, da Universidade de Brasília, da estudante:

JÉSSICA LARISSA SOUSA LIMA

Profª Mr. Leonardo Ortegai

Examinador Interno

Assistente Social Elvana Milhomem

Examinadora Externa

Profª Dra. Lucélia Luiz Pereira

Orientadora SER – UnB

Aprovado em: ____/____/____

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEP – Comitê de Ética

DDS – Determinantes Sociais da Saúde

DF – Distrito Federal

IAPs – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IH – Instituto de Ciências Humanas

INPS - Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social

LBMH - Liga Brasileira de Higiene Mental

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSIPN – Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SEPPIR – Secretaria de Promoção de Políticas de Igualdade Racial

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNB – Universidade de Brasília

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Procedimentos Metodológicos	3
1. O instrumental.....	4
1. Procedimentos Éticos	4
2. Local da Pesquisa: CAPS II – DF	5
CAPITULO I: DESENVOLVIMENTO HISTORICO DA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL	6
1. Panorama Geral da Política Social	6
2. A Construção da Política de Saúde	7
3. O Internamento a partir da Experiência Européia	10
4. Experiência brasileira e Respostas dadas ao Adoecimento Mental	14
4.1 Reforma Psiquiátrica	16
4.2 Política Nacional de Saúde Mental	18
5. Determinantes Sociais da Saúde (DSS).....	19
CAPÍTULO II: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: DA ESCRAVIDÃO A FALSA ABOLIÇÃO	21
6. Condições de Saúde da População Negra durante a Escravidão	22
7. Saúde da População Negra no Pós-Abolição	25
8. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra	27
9. Saúde Mental: Racismo, Desvantagens e Inferiorização	27
9.1 Dimensões do Racismo.....	29
9.2 Ciclo Cumulativo de Desvantagens	31
9.3 Inferiorização e o Papel Desempenhado Pelos Estereótipos	33
CAPÍTULO III: A QUESTÃO RACIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL	36
10. A Entrevista	36
11. A Percepção dos Profissionais sobre Racismo	37
12. A Inserção da Questão Racial no Atendimento em Saúde Mental	38
13. Miscigenação: Quem é negro no Brasil?	42
14. O Processo de Reconhecimento Étnico Racial.....	45
15. Identidades Plurais: Raça, Gênero e Transtorno Mental.....	47
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
REFERÊNCIAS.....	52
Entrevista semiestruturada.....	56
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	57

Comprovante de Envio do Projeto	60
Comprovante de Aprovação	61
Parecer Liberado	62

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos que me antecederam, encarnados ou desencarnados, no plano material ou espiritual. Em especial à minha avó Madalena que é minha fonte de amor e indignação frente as injustiças que limitam sonhos e possibilidades ao povo negro. À minha mãe que desde os seus 16 anos desempenha múltiplas tarefas para que eu tenha acesso a uma educação emancipadora e crítica, além de me nutrir de amor e esperança em tempos caóticos. Ao meu pai que sempre procura demonstrar seu carinho por mim da forma que sabe e pode e que junto a minha mãe e avó tem garantido as condições necessárias a continuidade dos meus estudos.

Aos meus irmãos: Gabriel, Rafael e Débora que me amadurecem, revigoram minhas energias e me impulsionam a seguir na tentativa de abrir caminhos para eles, como os que me antecederam abriram caminhos para mim. Em especial ao meu irmão Gabriel que desde que nasceu floresce em mim os sentimentos mais sublimes.

À minha avó Fraterna Dona Deusa, as minhas tias: Lia, Martinha e Dudu, as minhas primas: Gláycy e Juliana pela reciprocidade de carinho e afeto entre mulheres negras.

Ao meu companheiro e amor: Harisson Lopes, que me acompanha nesses quatro anos de graduação me incentivando e garantindo o aconchego necessário a manutenção da minha lucidez. Além das ajudas técnicas imprescindíveis ao desenvolvimento desse trabalho.

Às amigas feitas durante a graduação, em especial a Amanda com quem compartilhei boas tardes de estudos e trocas, que foi minha companheira de estágio e futuramente será minha companheira de profissão. Ao meu amigo Wesley que me rouba sorrisos e que toda vez que encontra algo sobre o presente tema de pesquisa se preocupa em compartilhar. A minha amiga Aline, por quem tenho grande admiração e que nunca hesitou em acreditar nos meus sonhos.

Às professoras e professores do curso de Serviço Social pela partilha de conhecimento e pelo exemplo de que uma prática profissional consubstanciada no código de ética é possível.

Às minhas supervisoras de campo de estágio Elvana Milhomem e Vilmara Macedo por se disponibilizarem a me apresentar a prática profissional da Assistente Social.

À orientadora desse trabalho: Lucélia Pereira, por tornar o processo de escrita mais leve através da sua organização, gentileza, disponibilidade e troca.

Separe todos os matizes da negritude brasileira

Desintegre todas as identidades

Ficaremos com um nada aguado

O mestiço não é nem o sim nem o não, é o talvez

Mentira!

Pergunte ao porteiro do prédio

Interrogue o policial

Eles não terão dúvida em apontar a consistência da minha melanina.

(CRISTIANE SOBRAL)

RESUMO

O adoecimento mental de homens e mulheres negras historicamente não tem se estruturado como campo de cuidado e proteção. O presente Trabalho de Conclusão de Curso desenvolve uma pesquisa exploratória para analisar de que forma a questão racial é inserida no atendimento em Saúde Mental em um CAPS II localizado no Distrito Federal. Objetiva especificamente analisar a percepção dos profissionais sobre o racismo, identificar o perfil predominante dos usuários da instituição e se a questão racial permeia os atendimentos, além de analisar a compreensão dos profissionais sobre a existência de racismo institucional e as estratégias para combatê-lo. Para tal, foi realizado revisões bibliográficas sobre as temáticas da questão racial e saúde mental e entrevistas semiestruturadas com sete profissionais da instituição. Como principais resultados destaca-se o insuficiente e precário debate sobre a questão racial, a vaga percepção dos profissionais sobre o racismo e inexistência de estratégias para reconhecimento das demandas específicas da população negra. O racismo configura-se como potencial produtor de iniquidades em saúde, o trabalho revela-se imprescindível para analisarmos a atenção dada a saúde mental da população negra.

PALAVRAS-CHAVE: Questão Racial, Saúde Mental, População Negra, CAPS.

ABSTRACT

The mental illness of black men and women has historically not been structured as a field of care and protection. The present Work of Conclusion of Course develops an exploratory research to analyze how the racial question is inserted in the care in Mental Health in a CAPS II located in the Federal District. Specifically, it aims to analyze the professionals' perception of racism, to identify the predominant profile of the users of the institution, and whether the racial question permeates care, as well as to analyze the professionals' understanding of the existence of institutional racism and strategies to combat it. To this end, bibliographic reviews on racial issues and mental health were carried out and semi-structured interviews were carried out with seven professionals from the institution. The main results are the insufficient and precarious debate about the racial issue, the vague perception of professionals about racism and the lack of strategies to recognize the specific demands of the black population. Racism is a potential producer of health inequities, work is essential to analyze the attention given to the mental health of the black population.

KEY WORDS: Racial, Mental Health, Black Population, CAPS.

INTRODUÇÃO

Historicamente um conjunto articulado de direitos foram negados a população negra, dentre eles o direito a saúde. Durante o período colonial inexistia uma política de saúde estruturada, os cuidados ofertados nessa área advinham de recursos da medicina popular e de redes de solidariedade construídas por africanos escravizados. Com o advento do capitalismo e abolição da escravidão, o acesso a política social foi condicionado pela inserção ao mercado de trabalho formal, tornando-se inalcançáveis para homens e mulheres negras. Apesar das inegáveis conquistas no âmbito da ampliação do escopo da cidadania e da contemporânea determinação legal da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) o não reconhecimento do racismo como fator estruturante das relações sociais e da produção de iniquidades em saúde impossibilita a garantia de reais condições de acesso e o reconhecimento das demandas específicas da população negra.

Há uma expressiva lacuna nos estudos acadêmicos sobre a saúde dessa população. No âmbito específico da saúde mental a tendência é a mesma: poucos e insuficientes são as análises a partir do recorte racial. Loucura e questão racial são preponderantemente tratadas separadamente, contudo observa-se pontos de encontros nessas vivências. Ambas perpassam pelo processo de desumanização, encarceramento e inferiorização. O louco assim como o negro foi visto como animal destituído de razão e por isso passível de domesticação, foi encarado como ameaça à ordem social burguesa e como ameaça patológica. Além disso, pouca importância tem sido dada às múltiplas possibilidades de pertencimento identitário, entre elas a possibilidade de o portador de transtorno mental ser negro e o negro ser portador de transtorno mental. Desse modo, torna-se evidente que além do que já foi dito, há muito a se dizer sobre a questão.

Em virtude da escassa produção acadêmica em torno desse debate, optou-se por realizar uma pesquisa de natureza exploratória a fim de encontrar respostas a uma das questões iniciais com a qual nos deparamos no estudo sobre questão racial e saúde mental: De que modo a questão racial é compreendida pelos profissionais no atendimento? Partindo desse questionamento o presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) analisa a inserção da Questão Racial no atendimento em saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial II localizado no Distrito Federal¹. A instituição foi escolhida em virtude do período de realização

¹ Para garantia do sigilo e anonimato optou-se por não identificar a região administrativa onde está localizado o CAPS analisado. Da mesma forma, os profissionais entrevistados serão referenciados apenas por sua profissão.

do estágio obrigatório em Serviço Social que me aproximou da temática da saúde mental e possibilitou a articulação com meus estudos em questão racial. Além disso, o CAPS em questão é referência no atendimento psicossocial no DF.

O racismo é compreendido no presente trabalho como fator estruturante das relações sociais através das suas variadas dimensões: pessoal/internalizado, interpessoal e institucional, tornando-se presente em variados espaços do cotidiano social. Contudo, também se reconhece que na sociedade brasileira ele passa por um processo de negação a partir da defesa da existência de relações raciais harmoniosas que o condiciona a invisibilidade e naturalização. A partir disso é construída a hipótese nesse trabalho de que a questão racial é invisibilizada no atendimento em saúde mental realizado pelo CAPS II localizado no DF.

O objetivo central desse trabalho é analisar de que forma a questão racial é inserida pelos profissionais no atendimento oferecido pela instituição. Dentre os objetivos específicos procurou-se analisar o perfil predominante dos usuários e das demandas da população negra, identificar a percepção dos profissionais sobre a questão racial e a compreensão dos mesmos sobre a existência de racismo institucional no cotidiano do CAPS e as estratégias para combatê-lo.

Evidencia-se a relevância desse trabalho a partir do reconhecimento de que a população negra compõe expressivamente a sociedade brasileira e que apesar disso o estudo e pesquisa sobre especificidades de sua saúde não se estruturou como área de conhecimento no âmbito da ciência, existindo uma lacuna nos estudos que articulem questão racial e saúde mental. No âmbito do Serviço Social esse debate torna-se imprescindível, uma vez que a categoria profissional está presente em equipes profissionais do CAPS em todos os Estados brasileiros e que a profissão tem um explícito compromisso com o “Empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito a diversidade, a participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças” como determina o código de ética de 1993.

Além da relevância da temática estudada, um dos motivos que me levou a delimitar o problema de pesquisa que subsidiaria a construção do presente Trabalho de Conclusão de Curso foi o meu envolvimento com a questão racial e minha identidade como estudante e pesquisadora negra. Tal compromisso está embasado na minha condição de concluinte do ensino superior, direito que tem sido historicamente negado a população negra.

O instrumental de coleta de dados escolhido foi a realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais de diferentes formações do CAPS II e a revisão bibliográfica em torno da temática da questão racial e saúde mental.

O trabalho foi dividido em três capítulos. O capítulo I analisa o desenvolvimento histórico da atenção dada a saúde mental, discorrendo desde os aspectos gerais da política social, a estruturação da política de saúde até a atenção dada a saúde mental no contexto internacional e nacional. O capítulo II insere o debate sobre a saúde da população negra durante a escravidão e após a falsa abolição apontando as principais tendências desses períodos históricos. Discorre também sobre a saúde mental da população negra apontando como determinante para o seu adoecimento o racismo, o ciclo cumulativo de desvantagens e o processo de inferiorização. Por fim, o capítulo III analisa a questão racial no atendimento em saúde mental a partir das entrevistas semiestruturadas com profissionais da instituição.

Procedimentos Metodológicos

A concepção metodológica adotada no presente vincula-se ao materialismo histórico por buscar uma análise de totalidade com recurso da perspectiva histórica para compreensão da questão racial no atendimento em saúde mental. Além disso, insere-se no quadro de produções do Pensamento Negro Contemporâneo e Pensamento Antirracista. Em virtude da insuficiente produção científica em torno do debate sobre questão racial e o atendimento em saúde mental, o presente trabalho foi construído a partir de uma pesquisa de cunho exploratório. Conforme aponta Gil (2002 p.41) a pesquisa exploratória objetiva “proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Pode-se dizer que estas pesquisas têm como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições.”

A pesquisa envolve a realização de um estudo de caso sobre a questão racial no atendimento em saúde mental do Centro de Atenção Psicossocial II localizado no Distrito Federal. Para tal, foi realizada revisão bibliográfica e entrevistas com profissionais da instituição. No Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso (PTCC) que direcionou a realização da presente pesquisa constava a realização de análises de fichas de acolhimento e prontuários e o levantamento quantitativo de usuários da instituição por raça/cor. Segundo o relato dos profissionais da instituição a inserção da cor/raça nos instrumentais da instituição foi aprovada,

contudo ainda não foi incluída, impossibilitando o levantamento de dados desagregados por cor/raça e tornando vago a análise de fichas de acolhimento e prontuários.

1. O instrumental

A revisão de literatura foi realizada a partir de artigos disponíveis na plataforma Scielo, livros e legislações disponibilizadas online. Foi conduzida a partir da busca de referências relacionadas aos temas: Questão racial, saúde mental, racismo institucional e saúde da população negra.

A entrevista foi semiestruturada (Anexo I) e direcionada a profissionais de diferentes formações que atuam no CAPS II do DF. Procurou-se garantir representatividade de pelo menos um profissional de cada área, com o intuito de desenvolver uma visão mais ampla do fenômeno. Sete profissionais concordaram em contribuir com a pesquisa: Dois do Serviço Social, três da Psicologia, um da Terapia Ocupacional e um Técnico em Enfermagem.

Os profissionais foram convidados a contribuir com a pesquisa e esclarecidos sobre os possíveis riscos inerentes ao seu desenvolvimento, como o risco de exposição individual. Aos que demonstraram interesse em participar foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**Anexo 2**) onde consta os esclarecimentos sobre a pesquisa e as garantias aos participantes visando atenuar os possíveis riscos. Dentre as garantias está o compromisso com o sigilo e anonimato dos entrevistados, que só serão referenciados por sua profissão.

1. Procedimentos Éticos

O Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso que direcionou a elaboração do presente trabalho foi submetido ao Comitê de Ética (CEP) do Instituto de Ciências Humanas – IH da Universidade de Brasília (UnB) através da Plataforma Brasil que é reconhecida como base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/Conep. O projeto foi submetido em 12 de Janeiro de 2017, recebido em 11 de Fevereiro e aprovado em 13 de Março do ano em questão. (**Anexo I, II, III**)

A adoção dos procedimentos éticos torna-se importante em virtude dos possíveis riscos inerentes a realização da pesquisa. O risco em questão refere-se à exposição individual. Contudo, algumas medidas foram tomadas visando minimizar esses possíveis riscos, tais como: a garantia do sigilo e anonimato, a solicitação de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), além da possibilidade de aplicação de medidas judiciais, caso as

prerrogativas éticas não sejam respeitadas. O CAPS não foi identificado pela região administrativa em que está localizado, visando garantir a não exposição da instituição.

2. Local da Pesquisa: CAPS II – DF

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial II localizado no Distrito Federal. A instituição foi inaugurada em 2006 e insere-se na estrutura organizacional do Ministério da Saúde a partir da ofertada do serviço público e especializado em Saúde Mental. Atende pessoas maiores de 18 anos com transtornos mentais severos e persistentes através de atendimento humanizado e diário, acompanhamento clínico, atividades terapêuticas e sociais, procurando evitar internações psiquiátricas e atuando na defesa da cidadania e ampliação dos direitos.

A instituição tem natureza pública e é voltada ao interesse público. A equipe é interdisciplinar e composta por psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. É uma referência de cobertura regional no DF tornando-a rica no fornecimento de elementos para pesquisa em saúde mental.

O CAPS foi criado para dar suporte à reforma psiquiátrica garantindo o rompimento com a centralidade dos hospitais psiquiátricos, à humanização do atendimento e sua territorialização.

CAPITULO I: DESENVOLVIMENTO HISTORICO DA ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL

Para compreensão da atenção dada a saúde mental da população negra convém inicialmente a realização de uma retrospectiva histórica do processo de desenvolvimento da atenção à saúde mental de modo geral. O presente capítulo objetiva cumprir esse propósito a partir do levantamento de questões pertinentes ao debate. Inicia-se apresentando os aspectos gerais da política social no quadro da sociedade capitalista, movimentando-se para uma análise descritiva da construção da política de saúde e em seguida para atenção dada a saúde mental. No âmbito da atenção dada a saúde mental o ponto de partida da análise é o internamento a partir da experiência européia em seguida a experiência brasileira e as respostas dadas ao adoecimento inserindo o debate sobre a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental. Por fim, analisa as contribuições da inserção dos Determinantes Sociais como influenciadores do processo saúde-doença.

1. Panorama Geral da Política Social

O processo de industrialização e consolidação do sistema capitalista com base em Marx (1985) é marcado pela separação entre o produtor e os meios de produção e pela expropriação dos recursos necessários à sua sobrevivência. O desemprego, a concentração de riqueza, também marcas desse sistema, geram a pauperização da sociedade que associado a reação dos trabalhadores frente a pobreza, desigualdade e exploração, levam ao surgimento da Questão Social.

Silva (2012) com base em Meszáros (2009) e Marx destaca a centralidade do trabalho para o sistema capitalista, uma vez que a exploração do trabalho é fundamental para a produção de mais-valia e a mais valia é fundamental para acumulação e manutenção do capitalismo. Além disso, após o processo de expropriação do trabalhador, a venda da força de trabalho passa a constituir a única mercadoria disponível para a garantia de sua sobrevivência. A partir disso, a autora pontua a necessidade de medidas que atuem no sentido de garantir a reprodução da força de trabalho em conformidade com os interesses da acumulação do capital.

O Estado é chamado a intervir na Questão Social por meio de Políticas Sociais. Silva (2012) apoiada em Gough (1978) destaca que o acesso ao trabalho assalariado formal condicionava o acesso a proteção social. A proteção social restrita aos trabalhadores

assalariados formais em um sistema cujo desemprego e irregularidade são características intrínsecas revela de imediato a fragilidade dessa cobertura.

Desse modo, a política social surge para atender a uma multiplicidade de interesses e necessidades. Atua tanto no sentido de garantir a manutenção da força de trabalho necessária a produção do lucro, na legitimação do sistema e no controle social como no atendimento das necessidades dos trabalhadores e na ampliação de seus direitos.

A proteção social é contraditoriamente reflexo da reivindicação dos trabalhadores e das necessidades de acumulação capitalista, tornando o Estado um espaço de disputa cuja centralidade da atuação é voltada para os interesses da classe dominante, mas possibilitando também a ampliação dos direitos da classe trabalhadora.

Essas breves considerações sobre a proteção social são complexificadas pelas particularidades históricas, econômicas, políticas e sociais. No Brasil, a proteção social é garantida pela Seguridade Social que articula a prestação de serviços das políticas de assistência social, saúde e previdência social. Cada uma dessas políticas possui particularidades em seu desenvolvimento. O objeto de análise no momento será a política de saúde.

2. A Construção da Política de Saúde

No Brasil, o desenvolvimento da política de saúde confirma as reflexões supracitadas. Aguiar (2011) realiza uma retrospectiva histórica da política de saúde no país e aponta a necessidade de analisar essa política articulada a política econômica e social vigente no período histórico em questão.

No período colonial fundado no modo de produção escravocrata, segundo Aguiar (2011) inexistia uma política de saúde, apesar da existência de várias doenças transmissíveis e das precárias condições de vida a que eram submetidos a maior parte da população. As medidas de combate a doenças eram de caráter pontual e visavam apenas sanar problemas de saúde que ameaçassem a estrutura econômica e social.

A assistência médica limitava-se apenas às classes dominantes, constituídas pelos coronéis de café e era exercida pelos raros médicos que vinham da Europa (medicina liberal). Aos demais (índios, negros e brancos pobres), restavam apenas os recursos da medicina popular e as sangrias (...) surgem as primeiras casas de Misericórdias, que se dedicavam ao abrigo dos doentes, indigentes, sem assistência médica e tratamento de saúde. (AGUIAR, 2011 p. 19)

Observa-se que a saúde era vista como responsabilidade individual e que as intervenções eram limitadas a uma ótica pontual e filantrópica. Esse quadro começa a mudar com o

desenvolvimento do Estado moderno a partir da abolição da escravidão, do desenvolvimento industrial e da consolidação do modo de produção capitalista, onde se estruturam as protoformas da proteção social.

Bravo (2000 p. 2-3) citando Braga e Paula (1986) pontua que a “Saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado. ”

De acordo com Aguiar (2011) as intervenções em saúde passam a visar o controle de doenças nas áreas de escoamento da mercadoria, a partir da priorização da intervenção em saúde nos setores considerados essenciais para a economia, como as áreas dos portos de Santos e Rio de Janeiro. É evidente que as intervenções no âmbito da saúde surgem associadas a uma preocupação em relação a imagem do Brasil em âmbito internacional que incidiria nas relações comerciais e na disponibilidade de força de trabalho imigrante.

O modelo de intervenção em saúde após a nomeação de Oswaldo Cruz como Diretor Geral da Saúde Pública, de acordo com Aguiar (2011), passa a ser as campanhas sanitárias. As campanhas sanitárias possuíam um caráter militar e higienista, onde a assistência médica era tratada de modo policialesco e repressivo. Para o autor, esse é o contexto que marca o nascimento da saúde pública.

Em 1923 a lei Eloy Chaves cria as CAPs (Caixas de Aposentadoria e Pensão) que inauguram um sistema de cobertura previdenciária, tendo a assistência médica como uma de suas responsabilidades. Inicialmente as CAPs foram instituídas para as categorias de ferroviários e depois estendidas as demais categorias profissionais.

É notável conforme aponta Lopes (2012) que a proteção social no Brasil surge condicionada ao trabalho assalariado formal. As CAPs são instituídas primeiramente para categorias de trabalhadores com maior poder de pressão devido a sua relevância para a economia como é o caso dos ferroviários, marítimos e portuários.

Aguiar (2011) também pontua que a assistência médica no período visava prioritariamente manter a força de trabalho em condições de produção. De acordo com o autor, em 1933 as CAPs são transformadas em Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) com maior centralidade da intervenção Estatal. Enquanto a assistência à saúde era central para as CAPs, Aguiar (2011) revela que a política de saúde passa a ser secundária para os IAPs, uma vez que esse instituto passa a ser regido por uma política de contenção de gastos, apesar de grande parte dos recursos arrecadados serem usados como incentivo a industrialização.

O autor declara que de 1930 a 1945 ocorre a criação do Ministério da Educação e Saúde, a criação do Serviço Nacional de Febre Amarela e Fundação Especial de Saúde Pública (SESP).

O período de 1945 a 1963 é marcado pelo fim da segunda guerra mundial, ascensão dos Estados Unidos e pela redemocratização em âmbito nacional e internacional. O presidente Eurico Gaspar Dutra (1946-1951) lança o Plano Salte (Saúde, Alimentação Transporte e Energia) onde supostamente a saúde seria prioridade, o que não ocorreu.

Em 1951 Getúlio Vargas retorna ao poder dando continuidade ao seu projeto de desenvolvimento industrial. Em 1953 o Ministério da Saúde torna-se independente, tendo o clientelismo como marca de sua atuação.

No período da Ditadura Militar (1964-1984) ocorre a ampliação da comercialização dos serviços de saúde, com ênfase na contratação de serviços privados pelo Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social (INPS) criado a partir da unificação dos IAPs.

O INPS até 1974 esteve subordinado ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social, no período em questão passa ao controle do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS).

Em 1977 com base em Aguiar (2011) a assistência médica individual e curativa por meio de serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais passa a ser responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), órgão do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). A saúde no período da ditadura militar é marcada pelo:

O privilegiamento do modelo clínico de caráter individual, curativo e especializado em detrimento das ações coletivas e de saúde pública; a expansão do complexo médico-assistencial privado composto pelo hospital, indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares e pela medicina de grupo; a lógica lucrativa do setor saúde; a desigualdade de acesso e diferenciação no atendimento de acordo com a clientela, além da exclusão de parcela importante da população do atendimento à saúde. (AGUIAR, 2011 p.31)

A insatisfação da sociedade com o modelo de atenção à saúde pública e previdenciária, considerado ineficiente no atendimento das demandas, desigual e centralizado no lucro, fez com que surgissem movimentos sociais que reivindicavam a construção de uma nova política de saúde.

Durante a década de 70-80 o projeto de Reforma Sanitária passa a ser construída, como mostra Bravo (2006), por profissionais da área, partidos políticos de oposição e movimentos

sociais urbanos. Paiva e Teixeira (2014) pontuam o intuito desses atores políticos de introduzir mudanças nas bases de organização do sistema de saúde brasileiro.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde, visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para a esfera estadual e municipal e o financiamento efetivo do poder estatal através de novos mecanismos de gestão- os Conselhos de Saúde. (Bravo, 2006 p. 96)

Observa-se que a prestação de serviços de saúde não era unificada, pelo contrário era dividida em saúde liberal para a classe dominante, saúde previdenciária para os ingressos no mercado de trabalho e a saúde pública pautada na filantropia e caridade para o restante da sociedade.

Paiva e Teixeira (2014, p. 25) pontuam como marco dessa mobilização a VIII Conferência Nacional de Saúde que definiu como principais demandas o fortalecimento do setor público, a universalização da cobertura e construção de um sistema único de saúde.

Com o fim da ditadura militar e redemocratização, a organização de diversos movimentos sociais favoreceu a participação popular na elaboração da Constituição Federal de 1988. A ampla participação e pressão exercida pelo movimento de saúde em defesa da Reforma Sanitária na elaboração da Carta Magna tornou possível que a saúde fosse incorporada a Seguridade Social como direito de todos e dever do Estado (art.196) em contraposição a visão anterior da saúde como dependente do trabalho assalariado formal, além de outras conquistas que possibilitaram a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda que associada ao desenvolvimento geral da saúde, a atenção a saúde mental possui uma história própria e especificidades históricas que condicionaram a construção do modelo de atenção contemporâneo. Tendo em vista a influência das práticas europeias para o desenvolvimento da atenção à saúde mental brasileira, torna-se necessário abordar algumas de suas principais tendências.

3. O Internamento a partir da Experiência Européia

No trato com o adoecimento mental o internamento é uma das respostas mais conhecidas e de maior visibilidade histórica. Foucault (1978) atribui a idade clássica a responsabilidade pela disseminação dessa prática pela Europa, diferenciando-a dos mecanismos de aprisionamento típicos da Idade Média. Segundo o autor, a internação é uma criação institucional do séc. XVII, com características próprias desse momento histórico.

Foucault (1978) analisa o processo de criação de casas de internamento pela Europa durante o séc. XVII e reconhece como marco histórico a fundação do Hospital Geral em Paris em 1656 que teria “a tarefa de impedir a mendicância e a ociosidade, bem como as fontes de todas as desordens” (Foucault, 1978 p.64). Conforme é apontado pelo autor, instituições de internamento se espalham por todo continente europeu instalando-se muitas vezes em antigos leprosários, herdando para além de seus bens materiais, sua posição de subalternidade no imaginário social.

As casas de internamento passam a ser vista como locais naturalmente destinados a pobres, miseráveis e loucos. Igreja e burguesia passam a compartilhar funções para manutenção da estrutura do internamento, atuando no âmbito da assistência aos pobres e na manutenção da ordem, por meio da dual articulação entre assistência e repressão.

A lógica de internamento da idade clássica, segundo Foucault (1978), diferencia-se de qualquer outra prática de isolamento existente até então devido sua significação política, econômica, social, religiosa e moral. A criação de hospitais gerais e casas de internamento e/ou correção inicialmente não foram motivadas pelo desejo de cura, mas sim pela necessidade de garantir a manutenção de uma ordem que se mostrava ameaçada pela figura do pobre, do miserável e do louco.

Uma nova relação com os problemas sociais é desencadeada a partir da transição da pobreza e da miséria de algo a ser exaltado como santificado para algo passível de condenação. A pobreza deixa de ser entendida como vontade de Deus e passa a ser vista como responsabilidade dos homens. Com isso estabelece-se uma divisão entre pobreza boa e pobreza ruim. A pobreza boa aceita a imposição do internamento de modo submisso e conformado, enquanto a pobreza ruim é insubmissa e age contra a ordem. Ambas encontram no internamento sua única opção. “Todo interno é colocado no campo dessa valoração ética- e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como sujeito moral” (Foucault, 1978 p. 62)

Dois sentidos são dados ao internamento por Foucault (1978). O primeiro sentido está associado aos momentos de crise onde o internamento é utilizado como resposta a problemas sociais que dão origem a miséria, que por sua vez precisa ser ocultada para garantia da ordem. O segundo sentido refere-se aos períodos fora da crise, onde torna-se necessário e conveniente a existência de mão de obra barata. Desse modo, o internamento atende a essas duas ordens de necessidades.

Observa-se a importância do trabalho para a lógica do internamento. A internação anseia em atender as exigências de uma inicial era industrial que determina que tudo e todos estejam inseridos dentro da órbita de produção. Aqueles que não o puderem, devem ser excluídos e isolados.

É nesse quadro que se insere a loucura na idade clássica. O louco é reconhecido pela sua incapacidade em se adequar a lógica burguesa de produção e por uma “condenação ética da ociosidade e numa imanência social garantida pela comunidade do trabalho.” (p.73)

Contudo, Foucault (1978) sinaliza que a articulação entre as exigências do trabalho e o internamento não estão relacionadas a uma dimensão exclusivamente econômica, mas também a uma dimensão moral associada a valores religiosos e pautadas na condenação da ociosidade, da mendicância, da desordem em termos burgueses de modo geral, evidenciando uma perspectiva médica restrita e de pequeno alcance.

O internamento constitui o espaço onde se mistura o louco a uma gama diversa de indivíduos. O diagnóstico é preponderantemente moral e o remédio é o isolamento, aos chamados a-sociais. “Encontravam-se misturados os doentes venéreos, devassos, pretensas feiticeiras, alquimistas, libertinos e também, vamos vê-los, os insanos.” (FOUCAULT, 1978 p. 105).

Desse modo é evidente a inexistência de uma prática individualizada para o tratamento da loucura que é associada indistintamente a um conjunto de mazelas sociais que representam ameaça à ordem social. Contudo, o autor pontua que a alteração dessa situação em direção ao desenvolvimento da psiquiatria e do reconhecimento do louco como doente mental não ocorre de modo cartesiano, impossibilitando a suposição de que o internamento tenha evoluído e sido humanizado em direção a hospitalização, como suposto tradicionalmente.

Gostamos de pensar que velhas crenças ou apreensões próprias do mundo burguês, fecham os alienados numa definição de loucura que os assimila confusamente aos criminosos ou toca a classe misturada de a-sociais. (FOUCAULT, 1978 p. 118)

A loucura enquanto perturbação e desordem, na era clássica, é associada a animalidade que necessita da domesticação para ser dominada. Essa associação do louco ao animal destituído de razão e por isso não humano, é a justificativa para o tratamento cruel e violento praticado no interior das casas de internamento. “É essa animalidade da loucura que o internamento exalta, ao mesmo tempo que se esforça por evitar o escanda-lo da imoralidade do irracional” (FOUCAULT, 1978 p.155)

As casas de internamento tornam-se para o imaginário social “receptáculo de tudo que a sociedade tem de mais imundo e vil” (FOUCAULT, 1978 p.35. Durante o séc. XVIII soma-se a essa concepção um novo medo que passa a afligir a civilização: o medo das doenças transmitidas pelos internados ou desatinos. Para além de uma ameaça moral esse grupo passa a significar também uma ameaça patológica.

É esse medo que une o mundo do desatino ao mundo da medicina. A medicina insere-se mais profundamente nesse cenário não a procura de melhor compreender a loucura para garantir melhores condições de vida para os que por ela são afetados, mas sim para proteger a civilização de um novo tipo de ameaça.

Aquilo que tradicionalmente se chama de “progresso” na direção da aquisição do estatuto médico da loucura, na verdade só foi possível graças a um estranho retorno. Na inextricável mistura entre contágios morais e físicos e através do simbolismo do impuro, tão familiar no século XVIII, imagens muito antigas subiram à memória dos homens. E é graças a essa reativação imaginária, mais do que por um aperfeiçoamento do conhecimento, que o desatino viu-se confrontado com o pensamento médico. (FOUCAULT, 1978 p. 356)

Dentro desse contexto Foucault (1978) aponta o início do movimento de reforma do séc. XVIII preocupado em purificar e neutralizar as casas de internamento afim de proteger a sociedade de sua ameaça patológica. Com isso surgem as primeiras aspirações para construções de asilos:

Asilo onde o desatino seria inteiramente contido e oferecido em espetáculo, sem perigo para os espectadores, onde o desatino teria todos os poderes do exemplo e nenhum dos riscos do contágio. Em suma, asilo restituído à sua verdade de jaula. (FOUCAULT, 1978 p.357)

Em meados do séc. XVIII observa-se o nascimento de um fenômeno novo desencadeado a partir da criação de instituições de acolhimentos exclusivas para os loucos. Foucault (1978) sinaliza que por mais que esse fenômeno represente uma alteração da configuração do internamento, as suas condições jurídicas permanecem as mesmas. Ou seja, a criação de casas exclusivas para esse grupo anteriormente misturado a conjunto diverso de outros grupos, não significa que se passe a compreender a loucura em termos médicos, de forma humanizada e com vista a garantir acesso a direitos historicamente negligenciados.

Por outro lado, esse fenômeno está associado ao processo de crise do internamento articulada a conjuntura de crise europeia. As bases que davam sustentação as lógicas do internamento passam a ser questionadas, passando ser considerado incapaz de resolver o problema do desemprego e da pobreza, além de ter um prejudicial efeito na economia devido à restrição do mercado de mão de obra. "O internamento é criticável pelas incidências que pode

ter sobre o mercado de mão de obra, porém mais ainda porque constitui e com ele toda a obra de caridade tradicional um financiamento perigoso." (FOUCAULT, 1978 p.407)

Desse modo a estratégia encontrada foi a de melhor utilizar a mão de obra barata dos internados aptos ao trabalho e restringir o internamento aos doentes e incapazes de exercer funções laborais. A pobreza passa a ser considerada fonte de produção de riqueza que será apropriada pela classe dominante, por outro lado o pobre doente, segundo Foucault (1978), não possui nenhuma utilidade econômica fazendo com que seu tratamento seja considerado algo não emergencial.

Observa-se que a compreensão do adoecimento mental esteve associada a um leque diverso de variáveis: pobreza, moral, economia, cultura. O imperialismo europeu fez com que grande parte das práticas de atenção à saúde mental fossem adotadas em diversos lugares do mundo e complexificadas por suas particularidades. Convém o questionamento de como essa influência recai na sociedade brasileira, uma sociedade marcada pela colonização, definida como subdesenvolvida e composta pela mistura de brancos, negros e indígenas.

4. Experiência brasileira e Respostas dadas ao Adoecimento Mental

A lógica da colonização e a influência europeia refletiram nas respostas brasileiras dadas ao adoecimento mental, contudo resguardando o espaço para particularidades históricas, econômicas e regionais na experiência brasileira. O adoecimento mental foi e ainda é alvo de preconceitos em nossa sociedade. A loucura ao longo da história foi vista como ameaça à ordem social e alvo de intervenções que buscavam excluir a pessoa com transtorno mental do convívio social e familiar, segundo Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014) o sofrimento psíquico é visto pela sociedade como sinônimo de incapacidade e improdutividade. Apesar de esta ser a tendência hegemônica da intervenção em saúde mental, ela não se estruturou de modo uniforme.

De acordo com Fonte (2010) somente a partir do séc. XIX que o Estado brasileiro passa a intervir na loucura, motivado pela preocupação em relação a ameaça que o louco representava para a ordem pública, tornando necessário a invisibilização do mesmo. Inicialmente os porões da Santa Casa de Misericórdia cumpriram a função de retirar o louco da visibilidade pública, a partir de uma prática higienista e excludente. Assim como na Europa, na Santa Casa de Misericórdia, instituição destinada a prestação de serviços assistenciais, o louco foi misturado a um conjunto diverso de pessoas que representavam ameaça à ordem social, inexistindo um tratamento específico.

Em 1830 a comunidade médica da época começa a criticar a intervenção dada pela instituição aos loucos devido sua incapacidade em garantir uma prática pautada em parâmetros médicos e capaz de recupera-los. Iniciam-se reivindicações em prol da construção de um ambiente específico: o Hospício.

Dentro desse contexto, Fonte (2010) pontua a centralidade do hospício como principal instrumento terapêutico da psiquiatria e a criação do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro em 1852, Hospício D. Pedro II que intervinha na loucura através do isolamento, conforme defendia a medicina europeia. Segundo a autora, inicialmente a intervenção era marcada pelo seu caráter religioso e caritativo, uma vez que seu controle permanecia sob a responsabilidade da Santa Casa de Misericórdia.

Nesse momento ganha visibilidade a proposta de separação dos hospícios do controle da Santa Casa de Misericórdia e seu redirecionamento ao controle do Estado. Associada a essa proposição estava a reivindicação da medicalização do atendimento.

Com a instauração da República, de acordo com Fonte (2010), o Hospício D. Pedro II torna-se o Hospital Nacional de Alienados sob responsabilidade da administração pública, desvinculando-se da Santa Casa. Observa-se assim o nascimento de políticas públicas voltada a esse público, ainda que não se altere a visão do louco como alguém que precisa ser isolado. Fonte (2010) declara que esse é um momento onde ocorre a laicização do asilo, o advento da psiquiatria científica e onde o projeto de medicalização da loucura ganha força.

Segundo Figueirêdo, Delevati e Tavares (2014) o modelo terapêutico vigente era precário e pautado no uso abusivo de psicofarmacos e na centralidade da prática de isolamento. O cenário era permeado por superlotação, erros médicos, índices de mortalidade e segregação.

Em 1920 observa-se a centralidade dos princípios eugênicos na análise do adoecimento mental. A Liga Brasileira de Higiene Mental (LBMH) criada em 1923 evidencia a situação a partir do direcionamento de sua prática a partir de uma perspectiva “eugenista, xenofóbica, antiliberal e racista” (Fonte, 2010 p.7)

É importante sinalizar que assim como para Foucault (1978) a lógica do internamento vinculava-se a interesses econômicos e perspectivas morais, a atenção dada a saúde mental no Brasil também seguiu esse caminho. Uma moral estreitamente vinculada ao racismo insere novos elementos para análise do desenvolvimento histórico da atenção à saúde mental. A articulação entre moral e racismo é visível nas recomendações da Liga Brasileira de Higiene Mental que defendia o não casamento entre negros e brancos, atribuindo a mestiçagem a fonte de degeneração.

Nas décadas de 1940 e 1950, com base em Fonte (2010), os hospitais públicos se expandem no território brasileiro preservando seu intuito de exclusão social. Importante sinalizar, que a autora pontua a distinção entre o tratamento dado ao portador de transtorno mental rico e o dado ao pobre. Enquanto os pobres eram abandonados em hospícios sujeitos a diversos tipos de maltratos, ao rico era concedida a possibilidade de manutenção no seio familiar, desde que ela a família se comprometesse em mantê-lo longe da sociedade.

Durante a ditadura militar ocorre a divisão entre a assistência à saúde mental dada ao indigente e a dada aos trabalhadores e seus dependentes. A internação passa a ser vista pelo capitalismo como fonte de lucro, criando assim a indústria da loucura.

Foram os governos militares que consolidaram a articulação entre internação asilar e privatização da assistência, com a crescente contratação de leitos nas clínicas e hospitais psiquiátricos conveniados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. As internações passaram a ser feitas não apenas em hospitais públicos (que, dadas as suas precárias condições, permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculos com a previdência social), mas em instituições privadas, que eram remuneradas pelo setor público para isso. (FONTE, 2010 p. 9)

Conforme aponta a autora, na década de 70 floresce o movimento de reforma sanitária a partir de questionamento a respeito da forma de lidar com a loucura pautada centralmente em práticas de exclusão, tortura e abandono em hospícios, associado a esse processo surgem as bandeiras de luta que reivindicavam o fim dos manicômios e do isolamento, a humanização do atendimento em saúde mental e o reconhecimento do portador de transtorno mental como sujeito de direito.

4.1 Reforma Psiquiátrica

Historicamente na atenção a situações de transtornos mentais foram predominantes medidas de cunho higienista, que visavam excluir o portador de transtorno mental do convívio comunitário e familiar.

A privatização no âmbito da saúde, atingiu também a esfera da saúde mental na década de 1960, Scheffer e Silva (2014) pontuam que a saúde mental passa a ser utilizada como instrumento de produção de lucro. Na década 70 na conjuntura de redemocratização e efervescência política surge no cenário brasileiro a proposta de reforma psiquiátrica associada ao Movimento Sanitário e pautada na crítica a instituições psiquiátricas que lidavam com a doença mental através de uma lógica de isolamento, violência e tortura.

A precarização das condições de trabalho, e as frequentes denúncias de agressão, estupro, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, nas grandes instituições psiquiátricas brasileiras, provocaram a união dos trabalhadores da

saúde mental para a luta pelas mudanças necessárias no sistema. (Fonte, 2010 p. 11)

Esse processo, de acordo com Oliveira (2012, p.53) caracteriza-se como um conjunto de ações coletivas, intersetoriais, com grande influência de profissionais de saúde mental e com a marcante participação de usuários e familiares das pessoas acometidas de transtornos psíquicos.

A Reforma Psiquiátrica está alicerçada, no Sistema Único de Saúde (SUS), seus princípios norteadores: saúde, como um direito fundamental e dever do Estado, enfatizando o acesso universal a atenção em saúde mental com base em integralidade, intersetorialidade, equidade, universalidade, igualdade e no controle social. (SCHEFFER;SILVA, 2014 p.367)

Com base em Oliveira (2012) observa-se que a partir de 1978 a prática do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) começa a influenciar as categorias profissionais da área de saúde (Psiquiatras, Psicólogos, Terapeutas Ocupacionais, Assistentes Sociais, dentre outros) - para a importância de se reformular a política de saúde mental. Scheffer e Silva (2014) destacam as principais propostas desse movimento:

Extinção dos leitos em hospitais psiquiátricos; regionalização do atendimento e nas ações em saúde mental; controle das internações na rede dos hospitais e nos serviços privados e públicos; expansão de rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais de saúde mental. (SCHEFFER;SILVA, 2014 p.368)

Nesse contexto ganha relevância política, a luta antimanicomial que surge do movimento de reforma sanitária. A luta antimanicomial propõe a desinstitucionalização através do rompimento com o modelo sanitarista e a modificação da estrutura de atenção à saúde mental centrada nos hospitais, por formas alternativas que sejam abertas de natureza territorial e que lidem com as situações de transtorno mental de forma mais humanizada.

Scheffer e Silva (2014) relatam que em 1986 é criado o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo. Conforme apontam as autoras o CAPS foi criado com o objetivo de atender à reivindicação posta pelo movimento pela reforma psiquiátrica de rompimento com a centralidade dos hospitais psiquiátricos e da internação, possuindo desse modo um valor estratégico para a mudança do paradigma hospitalocêntrico para um modelo de natureza territorial.

Apesar da década de 80 ser um marco na ampliação de direitos sociais no âmbito da saúde e outras áreas, a década de 90 é marcada pela contrarreforma neoliberal que impôs limites e barreiras para consolidação dos avanços e direitos conquistados. De acordo com Scheffer e

Silva (2014) somente em 2001 foi aprovada a lei n. 10.216/2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental conforme o projeto da Reforma Psiquiátrica.

Apesar das inegáveis conquistas da reforma psiquiátrica principalmente no que se refere a criação de mecanismos extra hospitalares e a restrição da internação a casos excepcionais, Fonte (2010) aponta que um grande desafio a ser superado diz respeito ao estigma social do “louco” como ameaça, perigo e incapaz de conviver socialmente, estigma esse que, como foi visto, foi construído historicamente e que perpetua situações de isolamento, dificultando o exercício da cidadania do portador de transtorno mental.

4.2 Política Nacional de Saúde Mental

Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional a Política Nacional da Saúde Mental instituída pela lei n 10.216 é aprovada no ano de 2001. A política reflete os anseios do movimento pela reforma psiquiátrica e prevê proteção e a garantia de direitos a pessoa portadora de transtorno mental a partir da consolidação de uma rede de atenção à saúde mental sob responsabilidade do Estado e em substituição ao modelo hospitalocêntrico. Dentre os direitos previstos estão:

I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.. (art.2 Lei 10/216)

O esforço em garantir a desinstitucionalização a partir da consolidação de uma rede extra-hospitalar é verificável na restrição da internação a casos excepcionais onde se esgotaram a possibilidade de utilização de recursos extra hospitalares.

Além de discorrer sobre a garantia de direitos e conformação da rede de atenção em saúde mental no território brasileiro, a política veda qualquer tipo de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra. Tal deliberação é de crucial importância dentro do contexto de uma sociedade

altamente desigual, conservadora e racista e demonstra o reconhecimento dos determinantes sociais como influenciadores de processo saúde/doença.

5. Determinantes Sociais da Saúde (DSS)

A saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS; 1946) como “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções e enfermidades”. Por mais que essa definição amplie a concepção de saúde para além do enfoque biológico, não oferece uma explicação aprofundada do que seria esse bem-estar físico, mental e social.

Ao longo da história foram formuladas diferentes concepções sobre o que definiria a saúde e articulada a essas concepções um modelo de intervenção específico. Buss e Filho (2007) discorrem sobre os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) pontuando a existência de diferentes abordagens sobre a questão. Segundos os autores, os DSS dizem respeito as condições de vida e trabalho que incidem sobre a saúde do indivíduo e da população. A Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde criada em 2006 aprofunda o debate adicionando os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos-raciais, psicológicos e comportamentais como influenciadores do processo saúde-doença e complexificando a definição de saúde.

A partir dos DSS a questão passa a se movimentar de um enfoque exclusivamente biológico pautada em uma intervenção individual para um enfoque social, onde as bases desiguais da estrutura social passam a ser problematizadas. Desse modo as relações desiguais em nossa sociedade tornariam determinados grupos, sujeitos a vulnerabilidades específicas, como é o caso da população negra.

Buss e Filho (2007) pontuam a existência de diversos modelos que articulam diferentes aspectos dos DSS. *O modelo de Diderichsen e Hallqvist enfatiza a estratificação social gerada pelo contexto social, que confere aos indivíduos posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde.* (p.85). A estratificação como produtora de diferentes posições sociais está associada a diferenças de acesso ao sistema educacional e ao mercado de trabalho, por exemplo. Essa estratificação social gera vulnerabilidades específicas a determinado tipo de doença para grupos desprivilegiados e em situação de subalternidade.

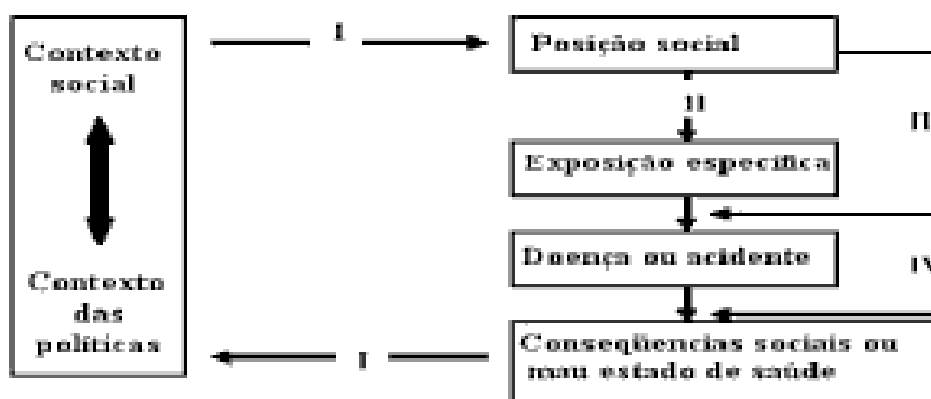


Figura 1. Modelo de Diderichsen e Hallqvist (Fonte: BUSS;FILHO, 2007)

Dentre as políticas de combate ao modelo de *modelo de Diderichsen e Hallqvist*, Buss e Filho (2007) destacam:

Aqui se incluem políticas que diminuam as diferenças sociais, como as relacionadas ao mercado de trabalho, educação e seguridade social, além de um sistemático acompanhamento de políticas econômicas e sociais para avaliar seu impacto e diminuir seus efeitos sobre a estratificação social.(BUSS;FILHO, 2007 p.87)

A concepção ampliada de saúde a partir do reconhecimento dos DSS revela que as políticas sociais a ela direcionada devem contemplar aspectos sociais, psicológicos, ambientais, econômicos, mostrando a importância da integralidade e intersetorialidade como princípios orientadores. O reconhecimento dos Determinantes Sociais em Saúde possibilitou uma compreensão mais ampla da saúde e da saúde mental, através do reconhecimento de um amplo conjunto de condições como determinantes para o adoecimento físico e mental. Contudo, é necessário reforçar que a complexidade da sociedade brasileira torna insuficiente a compreensão da realidade apenas pelo viés social, tornando necessário a incorporação da questão racial no debate, uma vez que esta constitui elemento estruturante das relações sociais

CAPÍTULO II: SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA: DA ESCRAVIDÃO A FALSA ABOLIÇÃO²

A inclusão dos Determinantes Sociais como influenciadores do processo saúde e doença e o reconhecimento do racismo como elemento estruturante das relações sociais na sociedade brasileira torna possível a identificação do racismo como produtor de iniquidades em saúde. Historicamente a população negra esteve sujeita a condições de vida precárias marcada por violações materiais e simbólicas que as colocaram em situações específicas de vulnerabilidade.

As desigualdades operadas pelo racismo reverberam na produção de iniquidades em saúde expressas através de indicadores sociais que apontam as dificuldades dessa população em acessar os serviços ofertados pelo sistema, as desigualdades no atendimento e a ausência ou ineficiência de estratégias que visem reconhecer e dar respostas as demandas específicas apresentadas por homens e mulheres negras.

Werneck (2016) denuncia o não reconhecimento da saúde da população negra como área do conhecimento ou campo relevante nas Ciências da Saúde, evidenciando assim a negligência de estudantes, pesquisadores e profissionais em torno da questão. Em contrapartida, a autora justifica a necessidade de se reconhecer a saúde da população negra como campo de pesquisa, formulação e ação com base nos seguintes argumentos:

participação expressiva da população negra no conjunto da população brasileira; por sua presença majoritária entre usuários do Sistema Único de Saúde; por apresentarem os piores indicadores sociais e de saúde, verificáveis a partir da desagregação de dados segundo raça/cor; pela necessidade de consolidação do compromisso do sistema com a universalidade, integralidade e equidade, apesar deste último ter sido longamente negligenciado, especialmente do ponto de vista da justiça social; pela existência de obrigação amparada em instrumentos legais (WERNECK, 2016 p. 539)

A inclusão desse debate na agenda pública historicamente ocorre através da pressão exercida pelo movimento negro e pela sociedade civil fomentando debates nacionais e internacionais sobre saúde da população negra, racismo e iniquidades em saúde. O documento “Subsídios para o debate sobre a Política Nacional de Saúde da População Negra: Uma Questão de Equidade” formulado pelas Nações Unidas em 2001 reflete essa movimentação e contribui para o amadurecimento do debate ao estabelecer, por exemplo, a classificação das doenças que atingem prioritariamente a população negra em: Geneticamente determinadas, adquiridas e derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis, de evolução agravada e tratamento

² Utilizo o termo “Falsa Abolição” conforme aponta Guimarães (2002 p. 147) para o movimento negro a abolição não foi completa pois não representara a integração econômica e social do negro à nova ordem capitalista.

dificultado e condições fisiológicas alteradas por condições socioeconômicas. O objeto do presente capítulo associa-se a discussão sobre a influência das condições socioeconômicas desfavoráveis no processo saúde doença.

Adquiridas, derivadas de condições socioeconômicas desfavoráveis
– desnutrição, mortes violentas, mortalidade infantil elevada, abortos sépticos, anemia ferropriva, DST/AIDS, doenças do trabalho, transtornos mentais resultantes da exposição ao racismo e ainda transtornos derivados do abuso de substâncias psicoativas, como o alcoolismo e a toxicomania. (Werneck ,2016 apud Nações Unidas, 2001)

Objetivando analisar de que modo se estruturou a atenção a saúde da população negra ao longo da história inicia-se o capítulo com alguns apontamentos sobre as condições de saúde e atendimento da população negra durante a escravidão transitando em seguida para o cenário pós abolição e encerrando o debate com a análise de aspectos inerentes a saúde mental da população negra tais como: o racismo, as desvantagens produzidas por ele e o papel exercido pelo processo de inferiorização, estigmas e estereótipos.

6. Condições de Saúde da População Negra durante a Escravidão

É consensual que a escravidão foi para a população negra escravizada um período cruel e injusto. Homens, mulheres e crianças foram sequestrados e deslocados da África para o Brasil para o trabalho forçado, vistos pelos brancos como mercadorias e tratados como animais.

Desde os primórdios a escravidão teve expressivo reflexo nas condições de saúde da população negra escravizada. Foi condicionada pelas precárias condições de transporte nos navios negreiros, pelas condições desumanas de trabalho, moradia e modo de vida, pela crueldade de castigos que incidiam sob o corpo e mente dessa população. Apesar disso, insuficiente são as informações disponíveis sobre a questão.

A mão de obra africana, considerada de baixíssimo custo e de fácil acesso foi trazida ao Brasil para suprir os postos de trabalho exigidos para o empreendimento idealizado pelos donos do poder à época. Homens, mulheres e crianças de várias idades eram amontoados nos porões dos navios negreiros, sem mínimas condições de sobrevivência. Viajavam dois, três meses, tendo no final uma baixa por mortes de alguns e invalidez de tantos outros, por doenças graves ou outros motivos genéricos, todos contabilizados como possíveis perdas para os projetos daqueles que exerciam o tráfico, coerente com a ideia de que transportavam objetos, coisas, cargas que se estragados deveriam ser jogados ao mar. (ANDRÉ, 2008 p. 34-35)

Segundo Oliveira e Santos (2012) durante a escravidão a saúde da população negra foi negligenciada pelas instituições públicas, uma vez que a relação do homem branco com o negro

não era vista como uma relação interpessoal, mas sim uma relação entre sujeito e objeto. Desse modo, a atenção à saúde dessa população ficou preponderantemente sob responsabilidade da medicina popular, com a centralidade da atuação de curandeiros (as), quimbadeiros (as) e feiticeiros (as) e o protagonismo de escravos africanos na construção de redes de solidariedade para a intervenção em saúde, como aponta Pôrto (2006). Além da medicina popular, a saúde da população negra escravizada também foi objeto de intervenção da prática assistencialista³ das Santas Casas de Misericórdia.

A medicina africana conformava um conjunto de práticas em saúde para atendimento e cura de doenças que atingiam a população negra. Por mais que fosse deslegitimada pelos brancos muitos deles também recorriam aos seus serviços e em diálogo com os saberes europeus e indígenas mostra-se essencial para consolidação da prática médica brasileira.

A proibição do tráfico negreiro, com base em Oliveira e Santos (2012) e Pôrto (2006) revela-se responsável por uma suposta ampliação da preocupação dos brancos com a saúde dos negros escravizados, contudo essa situação não reflete o reconhecimento da cidadania e humanidade dessa população, mas sim a preocupação em garantir a manutenção da força de trabalho escrava que no momento em questão sinalizava escassez.

Os negros escravizados, segundo Pôrto (2006), eram vistos como fonte de diversos males físicos e morais, os quais os brancos precisavam se proteger. Esse foi o enfoque predominante dado a saúde do negro durante a escravidão.

As doenças que mais acometiam os negros escravizados estavam relacionadas as condições de vida e trabalho marcadas pelo descaso e violências físicas e simbólicas. O trabalho incessante, os castigos cruéis e a desumanização não foram apenas decisivos para o adoecimento físico das pessoas escravizadas, mas também para seu adoecimento mental e psicológico.

Desse modo, a experiência da escravidão esteve associada a processos de adoecimento mental e loucura. Ribeiro (2016) aponta o acolhimento de escravos e libertos nas Santas Casas de Misericórdia, instituição que abrigava um conjunto diversificado de personalidades que representavam ameaça à ordem social, dentre elas a figura do louco. Ainda que em número reduzido, a população escrava e liberta compunha esse grupo populacional. Com a transferência

³ assistencialismo é o contraponto do direito, da provisão de assistência como proteção social ou seguridade social. É o acesso a um bem através de uma benesse, de doação, supondo sempre um doador e um receptor, no assistencialismo não se estabelece uma relação com os direitos sociais e sim, com a caridade. (CRESS – DF)

dos loucos para o Hospital Pedro II, ainda que em quantidade menor quando comparadas aos brancos, observa-se uma expressiva presença de escravos e libertos na instituição.

Segundo a autora os motivos que levaram os senhores brancos a internarem os escravos que estavam sob a sua propriedade foram diversos. Dentre eles, destacam-se dois: primeiro a imagem do louco como ameaça e fonte de perigo. Convém ressaltar que o negro independente de portar qualquer tipo de adoecimento mental também era visto como uma constante ameaça à ordem social imposta pela hegemonia europeia e fonte de diversos males físicos e morais, podendo-se supor a partir disso que quando essas duas categorias, louco e escravo, encontram-se unidas em uma mesma pessoa sua representação negativa no imaginário social é potencializada. O segundo motivo, refere-se a expectativa de cura impulsionadas pela confiança nos mecanismos de internamento do Hospital Pedro II e pelo anseio de reestabelecer o trabalho produtivo.

Se de modo geral, inexistia intervenção em saúde mental humanizada para o conjunto da sociedade, perdurando assim o sofrimento psíquico de homens, mulheres e crianças, tal situação é acentuada quando falamos da população negra que não era nem ao menos considerada ser humano. Oliveira e Santos (2012 p. 08) destacam os altos índices de suicídio entre os escravos e o descaso frente a essa situação que era entendida como “algo comum, rotineiro, naturalizado, ocorriam devido aos desgostos do cativo.”

Ainda segundo as autoras o suicídio estava associado ao que convencionalmente era chamado de Banzo e interpretado como um estado de profunda nostalgia dos escravos africanos transportados para o Brasil. O Banzo, com base em Oda (2008) desencadeava processos de suicídios por meios passivos a partir da recusa a alimentação e a não reação frente a tristeza e também os suicídios por meios ativos através do enforcamento e uso de armas brancas.

Observa-se a tendência de reduzir a análise do Banzo a esferas individuais e subjetivas dos escravos africanos sob o argumento de uma suposta passionalidade intrinsecamente africana. Contudo, conforme aponta Oda (2008) essa enfermidade melancólica está relacionada a fatores indissociáveis do cativo, como a sua forçada retirada da África, a perda da liberdade e reação a crueldade dos castigos. Desse modo, mais que uma nostalgia, o Banzo refletia a violência do processo de desaculturação, diáspora⁴ forçada, negação da humanidade, violações físicas e simbólicas.

⁴ Segregação forçada da população africana para fins escravagistas.

Apesar da escravidão ter sido abolida no Brasil em 1888, motivada por interesses diversos como a construção de uma sociedade salarial sob égide da expansão capitalista, isso não significou que as desigualdades e injustiças fossem cessadas

7. Saúde da População Negra no Pós-Abolição

A transição do sistema escravocrata para o sistema capitalista não veio acompanhada, com base em Nascimento e Medeiros (2010), de políticas de reparação que visassem atenuar as repercussões negativas de mais de 300 anos de escravidão para a população negra e que pudessem inseri-los na sociedade e garantir o exercício de sua cidadania. Em contrapartida, foram reconstruídas e reformuladas as bases de sua inferiorização por meio de políticas segregacionistas pautadas no embranquecimento da sociedade e na instauração de uma injusta competição para acesso ao mercado de trabalho. Com a instauração do trabalho livre e expansão das relações capitalistas, novas modelagens de exploração da força de trabalho negra foram instauradas.

Nas novas condições de trabalho livre o negro que fora escravizado não tinha como concorrer com os imigrantes brancos sendo eliminado mesmo naquelas ocupações para as quais tivesse conhecimento e prática, porque no final das contas, o direcionamento do capitalismo se dava no sentido de mudar a organização do trabalho para permitir a substituição do “negro” pelo “branco”, ou seja, a emigração excluía grande parcela de negros das possibilidades de empregar-se.” (ANDRÉ, 2008 apud FERNANDES, 1978)

A partir disso, infere-se que o sistema capitalista destinou ao negro um lugar de subalternidade na organização do trabalho livre. A população negra foi deslocada para o exercício do trabalho precário e informal, enquanto os postos de trabalho formais foram destinados aos imigrantes com a justificativa de que estes já possuíam conhecimento prévio das atividades desempenhadas e que, portanto, o custo da capacitação da força de trabalho seria menor.

Uma vez que, como foi visto, o acesso as políticas de proteção social que começam a emergir no séc. XIX estava condicionado ao acesso ao trabalho formal e restrito aos setores-chaves da economia, o capitalismo de imediato não se preocupou com a instauração de políticas de saúde alcançáveis pela população negra. Desse modo, a saúde dessa população continuou sendo tratada no âmbito da medicina popular e da caridade, com centralidade das Santas Casas de Misericórdia.

Segundo Brasil e Trad (2012) a articulação das políticas de saúde com o debate sobre as desigualdades raciais se inicia na década de 80 do séc. XX, com o protagonismo do movimento negro na inserção da temática racial na agenda pública.

Tais ações se fortalecem a partir das reivindicações da Marcha Zumbi dos Palmares (1995), resultando na criação do Grupo de Trabalho Interministerial para Valorização da População Negra, seguido de conferências e seminários nacionais para inclusão da problemática racial na saúde. (BRASIL; TRAD, 2012 p. 63 apud Brasil, 2007; Batista e Kalckmann, 2005)

Contudo, a questão só ganha visibilidade posteriormente, a partir da apresentação de dados que confirmaram a existência de desigualdades raciais que condicionam o acesso diferenciado aos serviços de saúde.

Estudos vêm apontando mais nitidamente o perfil das desigualdades raciais no acesso a serviços e a procedimentos em saúde; além dos diferenciais de morbimortalidade em algumas situações, como mortalidade materna e infantil, ou do fato de que doenças de maior incidência entre a população negra não são tratadas como um problema de saúde pública (LOPEZ, 2012 p. 130 apud BRASIL, 2005)

Com a constituição de 1988 a saúde é colocada como direito de todos e dever do Estado. Muitas foram as condições que possibilitaram a determinação legal da universalidade da saúde e a construção do SUS. Jurema Werneck (2016) pontua a centralidade das reivindicações da população negra e de movimentos sociais especialmente do Movimento de Mulheres Negras e do Movimento Negro com expressiva participação nos movimentos de saúde, inclusive no movimento pela reforma sanitária e criação do Sistema Único de Saúde. Contudo, a experiência concreta revela que a determinação formal não garante sua materialização, pensar a igualdade, sem pensar as condições de acesso aos serviços de saúde, não resolve a problemática.

É possível verificar que essa presença, apesar de ter contribuído para a concepção de um sistema universal de saúde com integralidade, equidade e participação social, não foi suficiente para inserir, no novo Sistema, mecanismos explícitos de superação das barreiras enfrentadas pela população negra no acesso à saúde, particularmente aquelas interpostas pelo racismo. (WERNECK, 2016 p. 536)

O SUS sem dúvidas é uma conquista em termos de proteção social. No entanto, no que se refere à saúde da população negra, obstáculos se apresentam a sua materialização. Esses obstáculos estão intrinsecamente relacionados a uma estrutura de poder racializada e que historicamente é acessada por uma mesma raça/cor (ANDRÉ, 2008), dificultando a introdução das demandas e necessidades da população negra. Contudo, a organização coletiva desse grupo e a reivindicação por melhores condições de acesso ao sistema de saúde tem refletido em conquistas, dentre elas a construção da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra.

8. Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

A política Nacional de Saúde Integral da População Negra é resultado da luta coletiva do movimento negro e da sociedade civil para democratizar o acesso aos serviços de saúde e inserir no debate sobre o sistema de saúde a problemática étnico racial. Como foi visto, a população negra está sujeita a vulnerabilidades específicas devido ao racismo estrutural que é elemento intrínseco da sociedade brasileira. Tal situação acarreta um acesso diferenciado aos serviços de saúde.

Objetivando promover a saúde integral da população negra, combater o racismo institucional no âmbito do SUS e modificar o cenário de desigualdades étnicos raciais, a política organiza-se com base na corresponsabilidade do Estado e da sociedade civil, no controle social e na transversalidade.

Entre objetivos específicos da política estão a garantia e ampliação do acesso da população negra aos serviços de saúde, em áreas urbanas, periféricas e rurais, em especial da população quilombola, tendo em vista a identificação de suas necessidades específicas, aprimorar o sistema de informação do sistema de saúde, incluindo o quesito cor nos formulários institucionais, entre outras questões.

No que se refere a saúde mental da população negra, a política determina a necessidade de:

Fortalecimento da atenção à saúde mental das crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos negros, com vistas à qualificação da atenção para o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e envelhecimento e a prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos da discriminação racial e exclusão social. · Fortalecimento da atenção à saúde mental de mulheres e homens negros, em especial aqueles com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. (Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, 2009)

A saúde mental da população negra é algo que precisa ser discutido e problematizado, afim de reconhecermos em que condições esse aspecto da saúde dessa população está sendo tratado, além da sua articulação com o racismo.

9. Saúde Mental: Racismo, Desvantagens e Inferiorização

As vulnerabilidades específicas às quais estão sujeitas a população negra decorrentes de condições desfavoráveis e injustas promovidas por uma estrutura social intrinsecamente racista reverberam na saúde mental dessa população tornando o racismo um potencial produtor de iniquidades em saúde mental.

A negligência institucional, social e acadêmica com a saúde da população negra, reflete-se também na saúde mental dessa população. Apesar de mecanismos legais preverem a necessidade de fortalecimento da saúde mental de homens e mulheres negras, a não coleta de dados sobre cor/raça, a baixa teorização e pesquisa científica na área, mostram que esses mecanismos legais estão distantes de uma concreta materialização.

O racismo alcança dimensões físicas e simbólicas da população negra, não preservando intacta nem mesmo a subjetividade dessa população. Arraes (2013) aponta o racismo como potencializador do sofrimento de homens e mulheres negras, uma vez que a exclusão e discriminação racial são responsáveis pela geração de um estado de profunda tristeza que pode levar a depressão, baixa autoestima e outros problemas de ordem psicossocial.

Segundo Faro e Pereira (2011) o estresse é distribuído desigualmente na sociedade e com base em Harrell (2000) os autores chamam a atenção para o fato de o racismo ser responsável pela produção de condições estressoras que impactam negativamente a capacidade de adaptação, ajuste social e bem-estar da população negra. “Em virtude da raça as minorias tendem a ser mais expostas a estressores específicos – tais como os ligados à discriminação, o preconceito e a segregação social” (FARO;PEREIRA, 2011 p. 276)

Desse modo, é evidente o potencial do racismo em expor a população negra a uma gama de situações hostis que reverberam em sua saúde física e mental. Além de atuar diretamente na saúde mental e psíquica dessa população, o racismo também determina a natureza e a qualidade do atendimento direcionado a ela, tal situação é evidenciada pela percepção predominante dos profissionais atuantes na saúde mental sobre a questão racial. Com base em Arraes (2015) é possível identificar como o mito da democracia racial, que defende uma suposta igualdade entre brancos e negros, perpassa a percepção dos profissionais sobre a problemática, reduzindo a análise do sofrimento mental quando associado à questão racial a mero caso de “vitimismo”. Desse modo, verifica-se a dificuldade dos profissionais em reconhecerem o racismo como fonte de adoecimento mental. Dificuldade que acarreta o silenciamento das demandas e a potencialização do sofrimento da população negra.

A natureza exploratória desse trabalho permite supor que três categorias são determinantes para a saúde mental da população negra. São elas: o racismo, as desvantagens as quais estão sujeitas a população negra e o papel desempenhado pelos processos de inferiorização e pelos estereótipos.

9.1 Dimensões do Racismo

O racismo é central para análise e relaciona-se com todas as outras categorias que são aqui consideradas determinantes para a saúde mental da população negra. Segundo Gomes (2005) com base em Helio (2001 p.53) o racismo pressupõe a superioridade de um grupo racial sobre outro e se fundamenta na crença de que um grupo é inferior em atributos intelectuais e morais.

Para Werneck (2016 p. 541) o racismo é um sistema capaz de penetrar diferentes campos da vida social e que estrutura o escopo da democracia brasileira, restringindo a amplitude da cidadania por meio de processos de inferiorização, estereotipação e construção e manutenção de preconceitos que condicionam tratamentos desiguais. A autora citando Jones (2002) aponta três dimensões do racismo: pessoal/internalizado, interpessoal e institucional. **(Figura 1)**

FIGURA 1- Dimensões do Racismo



Fonte: Werneck (2016) apud Jones (2002)

O racismo internalizado atua no sentido da incorporação e assimilação de ideias historicamente construídas sob bases racistas e pautadas em estereótipos e estigmas. O interpessoal expressa-se em preconceitos e discriminação e o institucional em políticas organizativas e institucionais que produzem e reforçam hierarquias raciais.

As três dimensões do racismo apontadas acima atuam de modo concomitante, produzindo efeitos sobre os indivíduos e grupos (não apenas de suas vítimas), gerando sentimentos, pensamentos, condutas pessoais e interpessoais, atuando também sobre processos e políticas institucionais. Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível. (WERNECK, 2016 p. 541)

Desse modo torna-se compreensivo que o racismo pressupõe a arquitetura de uma estrutura de poder na qual diferentes lugares e posições são destinadas ao branco e ao negro. Ao branco uma posição de supremacia, ao negro uma posição de subalternidade.

Todas as três dimensões do racismo reverberam na saúde mental da população negra e na atenção dada pelas instituições e pelos profissionais a ela. Convém destacar o papel do racismo institucional no atendimento em saúde mental.

O racismo institucional determina a perpetuação das desigualdades raciais. Com base em Lopez (2012) pode-se inferir que tal conceito passa a ser problematizado no final dos anos 90 e início dos anos 2000, contudo Werneck (2016) sinaliza que o termo foi cunhado em 1967 por dois ativistas integrantes do grupo Panteras Negras que o definia como “A falha coletiva de uma organização em prover um serviço apropriado e profissional às pessoas por causa de sua cor, cultura ou origem étnica” (Carmichael; Hamilton, 1967, p. 4).

O que diferencia o racismo institucional das outras formas de racismo que se manifestam nas relações interpessoais é que o racismo institucional não é explícito, palpável e de fácil identificação, mas como declara Souza (2010 p. 79) “condiciona o acesso aos direitos por parte de grupos vulnerabilizados. ”

A dimensão institucional do racismo, atua no âmbito das instituições distribuindo recursos, oportunidades e serviços de modo desigual e refletindo as bases de uma estrutura social intrinsecamente racista.

Os aparatos institucionais de uma dada sociedade encontram-se a serviço dos grupos hegemônicos que os criam e fazem com que funcionem para a reprodução do sistema que lhe confere significado e existência. Alguém que esteja operando esse sistema poderá produzir resultados raciais injustamente diferenciados ainda que não tenha intenção de fazê-lo. Embora esse tipo de racismo possa ser de difícil detecção, suas manifestações são observáveis por meio dos padrões de sistemática desigualdade produzida pelas burocracias do sistema, que, por sua vez, ao lado das estruturas, formam as instituições (SOUZA, 2011 p. 83)

O racismo institucional no âmbito do SUS manifesta-se na desigualdade de acesso aos serviços de saúde ofertados desde a atenção primária até a terciária, na construção de políticas de saúde não alcançáveis pela população negra, na incapacidade ou negligência de profissionais e instituições em reconhecerem e darem respostas as necessidades específicas dessa população. Essa situação tem sido alvo de denúncias por parte de diversas organizações do movimento

negro e da sociedade civil, uma vez que ela limita a potencialidade do sistema em garantir melhorias nas condições de saúde da população negra reproduzindo desigualdades históricas.

Souza (2011) pontua que questionamento das instituições a nível institucional deve vir acompanhado do questionamento das bases do sistema que são responsáveis pela sua produção. Ainda segundo o autor, o método de correção dessa situação:

Se encontra no fomento à solidariedade e à articulação de lutas entre as comunidades negras residentes nos diversos países da diáspora africana, os quais se encontram tão próximos geograficamente e tão separados no que toca a ação política conjugada. A outra parte só descobriremos juntos. (SOUZA, 2011 p. 85)

O racismo institucional se reproduz nos equipamentos institucionais de saúde mental pela ausência de uma prática subsidiada pelo debate da questão racial que possibilite o reconhecimento das repercussões do racismo na saúde mental de homens e mulheres negras. A percepção dos profissionais atuantes na saúde mental sobre a questão racial e o racismo também é determinante. Com base em Arraes (2015) é possível identificar como o mito da democracia racial, que defende uma suposta igualdade entre brancos e negros, perpassa a percepção dos profissionais sobre a problemática, reduzindo a análise do sofrimento mental quando associado a questão racial a mero caso de “vitimismo”. Desse modo, verifica-se a dificuldade dos profissionais em reconhecerem o racismo como fonte de adoecimento mental. Dificuldade essa que advém de um contexto mais amplo, permeado pelo racismo institucional que atua no sentido de silenciamento das demandas e sofrimentos da população negra.

Essa situação reflete também a negligência acadêmica com a questão que não é inserida nas bases curriculares das diversas profissões que compõem a rede de atenção psicossocial. Uma vez que, a população negra tem uma expressiva participação na composição da sociedade brasileira, é possível supor que o racismo institucional torna essas pessoas desassistidas em suas necessidades em saúde mental, enquanto homens e mulheres negras que possuem uma vivência social específica permeada por desigualdades raciais adicionando assim elementos ao ciclo cumulativo de desvantagens.

9.2 Ciclo Cumulativo de Desvantagens

Guimarães (2002) com base em Hansebalg e Silva (1992) pontua que as desvantagens dos negros não refletem apenas as condições impostas pelo passado, mas também são produzidas e reproduzidas no presente gerando um ciclo cumulativo de desvantagens que são potencializadas pelo racismo e discriminação. Desse modo, a população negra é desfavorecida

em várias dimensões da vida social condicionando e prolongando o seu desigual acesso à educação, saúde, trabalho, entre outros.

A população negra tem uma expressiva participação na composição da pobreza e está em maior quantidade nos postos de trabalho precários e informais. Em contrapartida, está subrepresentada nos espaços de poder e de tomada de decisão, assim como nas universidades federais.

Estatisticamente, está bem estabelecido e demonstrado o fato de que a pobreza atinge mais negros do que brancos.... Há, portanto, no Brasil, seja na mentalidade popular, seja no pensamento erudito, seja na demografia ou na sociologia, na economia ou antropologia, seja entre governantes e governados, um consenso de que os pobres são pretos e que os ricos são brancos. (GUIMARÃES, 2002 p. 64)

A inclusão dos determinantes sociais em saúde permite que se evidencie as possíveis repercussões negativas do ciclo cumulativo de desvantagens na saúde mental da população negra. É importante sinalizar que no que se refere a situação de homens e mulheres negras a vulnerabilidade socioeconômica é interseccionada pelas desigualdades raciais e no caso das mulheres negras pelas desigualdades de gênero, ampliando o escopo de complexidade do debate.

Segundo Alves e Rodrigues (2010) a saúde mental não se restringe a ausência de perturbação mental, sendo multideterminada e perpassada por condições de trabalho, educação, pobreza, entre outros.

Emprego e estabilidade laboral, tal como a satisfação no trabalho, estão relacionadas com melhores níveis de saúde e bem-estar. Ao invés, o desemprego está associado a maiores níveis de doença e mortalidade precoce⁶. A insegurança laboral, o receio de perder o emprego e a consequente vulnerabilidade, associam-se a baixa auto-estima e a sentimentos de humilhação e desespero, especialmente em contextos de falta de suporte social, nos quais a situação de desemprego pode levar à carência dos bens essenciais, nomeadamente alimentação, para o próprio e para a sua família. Esta situação associa-se a elevadas taxas de ansiedade e depressão, bem como suicídio. (ALVES; RODRIGUES, 2010 p. 128)

Desse modo, infere-se que as desvantagens socioeconômicas que atingem sobretudo a população negra podem repercutir em sua saúde mental. Além disso, revelam uma primeira dimensão do processo de inferiorização as quais estão submetidos os afrodescendentes que é inferiorização econômica-social. No tópico posterior será analisado o papel desempenhado pela inferiorização representativa associadas a produção e reprodução de estereótipos.

9.3 Inferiorização e o Papel Desempenhado Pelos Estereótipos

O processo de inferiorização a qual foi submetido o negro em relação ao branco, foi a base para construção de uma estrutura desigual e racista. O negro em virtude da sua origem africana desde o primeiro contato com o homem branco foi colocado como inferior em suas dimensões intelectuais, emocionais, culturais, econômicas e sociais tendo como justificativa a ideia de que era um animal selvagem, primitivo e incapaz de alcançar os padrões de civilização impostos pela branquitude da época (ANDRÉ, 2008 p. 35-37).

O “ser” negro é visto, historicamente, como um fenômeno negativo e, por isso necessitou ser explicado pela igreja, e pelas disciplinas acadêmicas: Biologia, Geografia, Etnologia, Antropologia, Direito, dentre outras, pois era presentificado como anormal... o lugar ideologicamente constituído que lhe foi dado é o de um ser inferior em todos os aspectos do desenvolvimento – intelectual, emocional, econômico e social -, que foi reafirmado pelas várias ciências da época. (ANDRÉ, 2008 p. 35-36)

A visão negativa do negro perdura nos dias atuais e se perpetua através de ideias estereotipadas que são transmitidas culturalmente entre as gerações. Conforme aponta André (2008 p. 141) o negro foi renomeado com os mesmos predicados de antes, agora revisitados com ênfase: preguiçoso, vadio, criminoso, alcoólatra, desgarrado, macumbeiro.

Xavier (2015) assinala a representação social negativa de mulheres negras nos espaços e veículos de comunicação como reforçadora de processos de desumanização e subalternização que atuam no sentido de autorizar a violação de direitos e o racismo interpessoal e institucional que incidem negativamente sob os corpos e saúde dessa população. A vivência de mulheres negras é perpassada pela dupla opressão sexista e racista que reforça o processo de sua inferiorização. Ainda segundo a autora a mulher negra é vista desde a escravidão como: “objeto, sujeito sem humanidade, lasciva, amoral, com baixa capacidade intelectual” (p. 38)

Essa representação negativa, que atua no campo psíquico e social, é capturada por diferentes instituições e veículos de comunicação e informação, transformada em símbolos que reforçam e atualizam a subalternidade produzida pelo racismo e reforçada por outros eixos de subordinação. A experiência de representações negativas sobre as mulheres negras marca o seu corpo, a sua imagem e a sua identidade. (XAVIER, 2015 p. 38)

Essa situação evidência a complexidade do racismo em nossa sociedade que opera no sentido do aniquilamento das possibilidades de existência material e simbólica da população negra, não preservando intacta nem mesmo a subjetividade dessa população e com severas consequências psíquicas pautadas nas dificuldades de construção de uma representação positiva de si.

Segundo Fannon (2008) o complexo de inferioridade é construído a partir de um duplo processo. Primeiro pela inferioridade econômica e em seguida pela interiorização, ou melhor pela epidermização dessa inferioridade. Esse duplo processo é facilmente identificado na realidade da população negra e expresso nas dificuldades de representação positiva de si arquitetadas pela existência de um padrão de beleza branco acompanhado da desvalorização massiva dos traços típicos da população afrodescendente, a desvalorização da cultura negra e a manutenção e reprodução de estereótipos racistas presentes no imaginário social.

A respeito do reconhecimento positivo de si mesmo, Silva (2004, p.31) traz a ideia de Autoconceito que seria a “maneira pela qual a pessoa organiza as percepções sobre si mesma (...) processo que começa no nascimento e desenvolve-se ao longo da vida.” Dependendo da qualidade das experiências vivenciadas pelos sujeitos, o autoconceito pode ser positivo ou negativo. O racismo faz com que a população negra desenvolva um autoconceito negativo, prejudicando sua autoestima e gerando complexos de inferioridade.

De acordo com Silva (2004) a população negra vive em um estado de tensão emocional permanente associada as violências materiais e simbólicas as quais esses sujeitos estão expostos que geram quadros de angústia, ansiedade e sensação de perseguição.

Essa situação causa diversos transtornos físicos e psíquicos às vítimas, incluindo taquicardia, ansiedade, ataques de pânico, depressão, dificuldade de se abrir, ataques de raiva violenta e aparentemente não-provocada, depressão, hipertensão arterial, úlcera gástrica, alcoolismo, entre outros (SILVA, 2004 p. 130)

Os processos de inferiorização e os estereótipos racistas incidem sobre a saúde mental de homens e mulheres negras e muitas vezes condicionam a qualidade do atendimento no âmbito do SUS de outras políticas. Exemplo disso é a visão da mulher negra como mais forte do que a mulher branca, logo detentora de uma maior capacidade de suportar a dor, sendo a mulher branca alvo de maior cuidado

A imagem negativa sobre a população negra, os discursos das autoridades e o reforço do mito da democracia racial geram “autorização”, especialmente para os agentes públicos, para impedir e/ou negar o acesso aos direitos e a proteção do Estado para a população negra. Em que pese não existir no conjunto de legislação brasileira nenhuma lei ou ordem expressa para a discriminação, ou impedimento ao acesso de negros e negras aos bens e serviços, na atualidade, essa “autorização” está explícita nos altos índices de morbimortalidade por causas evitáveis e nas altas taxas de pobreza que afetam a população negra. Sem contar na falta de moradia adequada, na falta de oportunidades para alcançar melhores postos de trabalho e salários, bem como na baixa representação da população negra nos espaços de poder. (XAVIER, 2008 p. 45)

Faro e Pereira (2011) destacam o papel da identidade racial como mediador do estresse, mas que pode ser analisada de forma mais ampla e associada a questões anteriormente levantadas como autoestima e construção de um reconhecimento positivo de si. Com base em Harrell (2000) e Pillay (2005) os autores pontuam

No que se refere à saúde e ao racismo, acredita-se que a identidade racial enraíza aspectos individuais que provêm uma melhor estruturação do indivíduo, isto por meio de uma noção mais ampla de compartilhamento racial e cultural, da atribuição de significado e do senso de visão de mundo, além de oferecer um sistema de referência para se orientar frente aos desígnios do meio social.” (FARO;PEREIRA,2011 p. 276)

Infere-se a importância da construção de uma identidade racial positiva que possibilite o encontro de pessoas negras e o compartilhamento de suas dores para a ressignificação de sua história e valorização de sua vida, beleza e cultura. E a partir disso, combater a lógica dos processos de inferiorização impostos pela supremacia branca e reivindicar direitos historicamente negados, dentre eles o direito a saúde mental. Para isso, o movimento negro tem-se mostrado central, como símbolo de luta e resistência.

CAPÍTULO III: A QUESTÃO RACIAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL

O conteúdo das entrevistas semiestruturadas (**Anexo 1**) realizadas com profissionais de diferentes formações do CAPS localizado no Distrito Federal subsidia a presente análise sobre questão racial no atendimento em saúde mental. Será realizada a problematização crítica da percepção dos profissionais entrevistados sobre a questão racial visando testar a hipótese de que a questão racial é invisibilizada no atendimento em saúde mental feito pela instituição.

A análise será construída em diálogo com os capítulos anteriores e a partir das questões realizadas no decorrer das entrevistas. Seis tópicos definidos a partir das entrevistas foram estruturados para organizar a análise. Inicialmente será levantado os aspectos gerais da formação profissional dos entrevistados e as atividades desempenhadas na instituição, em seguida o debate será direcionado para o campo específico da questão racial. O ponto de partida desse campo será a análise da percepção dos profissionais sobre o racismo para em seguida analisar a inserção da questão racial no atendimento em saúde mental do CAPS II, depois será brevemente debatido o processo de miscigenação, definição de quem é negro no Brasil e as dificuldades inerentes ao processo de reconhecimento étnico racial. Por fim, será explorado a questão da pluralidade de identidades a partir das categorias: raça, gênero e transtorno mental.

10. A Entrevista

Foram entrevistados sete profissionais da instituição. Dois do Serviço Social, três da Psicologia, um da Terapia Ocupacional e um Técnico em Enfermagem. Seis eram do sexo feminino e um do sexo masculino. Todos os profissionais declararam possuir alguma especialização, principalmente na área de Saúde Mental. A média de tempo de atuação na instituição é de sete anos. As atividades desenvolvidas são diversas, para além das funções específicas e inerentes a formação de cada um, a maioria dos profissionais declaram realizar atividades de grupo, atendimento individual, oficinas, acolhimento e visitas domiciliares.

Aqui a gente faz um pouco de tudo, da porta da entrada a porta da saída, os atendimentos, acolhimentos, visitas domiciliares, abordagem de grupo, matriciamento e busca ativa (Assistente Social 1, 2017)

O caráter heterogêneo da composição da equipe profissional do CAPS II e as múltiplas tarefas desempenhadas pelos profissionais possibilita o acesso a diferentes perspectivas sobre a questão racial que perpassam posicionamentos individuais e profissionais e que determinam a forma como questão racial é inserida na dinâmica do atendimento em saúde mental realizado

pela instituição. Encerradas as perguntas iniciais sobre formação profissional e atividades desenvolvidas na instituição a entrevista foi direcionada ao debate sobre a questão racial.

11. A Percepção dos Profissionais sobre Racismo

Quando interrogados sobre a percepção individual a respeito do racismo no Brasil todos os entrevistados demonstraram reconhecer a existência de desigualdades raciais que prejudicam a população negra, contudo a forma de situar essas desigualdades é diversa. Alguns profissionais atribuem ao contexto histórico da escravidão a responsabilidade por esse conjunto de desigualdades raciais. Para Guimarães (2006) a tendência de responsabilização do passado escravista pelas desigualdades entre brancos e negros, ainda que legítima, contribui para desresponsabilização das gerações atuais pela produção e reprodução de desigualdades contemporâneas e sua manutenção. Contudo, alguns profissionais além de reconhecer esse contexto assinalam as facetas contemporâneas da desigualdade racial expressas por meio de situações cotidianas.

É nítido quando você vai em um restaurante mais chique que as pessoas que estão sentadas e comendo são brancas e quem tá servindo é negro, é nítido que a gente tem uma diferença quando a gente entra em uma sala universitária, onde a maioria é branca e poucos negros ou quando você vai em uma empresa de limpeza e você vê vários negros e poucos brancos. Então você percebe que é nítido que tem um racismo velado, ninguém fala que ele tá aí, justamente porque eu acho que essa coisa de ter se misturado é uma coisa que confunde. É difícil para a gente distinguir se ela é negra ou se ela é branca. Se a gente fizer um filtro por tonalidade de pele a gente percebe isso, nos melhores cargos e profissões estão os homens brancos e nos piores as mulheres negras (Psicólogo 1, 2017)

O racismo na sociedade brasileira é caracterizado por alguns profissionais como velado. O caráter velado do racismo advém da falsa impressão de que no Brasil não há discriminação racial e que as relações raciais são harmônicas. Segundo Guimarães (1995) os cientistas sociais historicamente utilizam como padrão de comparação as relações raciais norte-americanas que são extremamente segregacionistas e violentas e que fazem supor que no Brasil exista uma democracia racial. Contudo, ainda que na sociedade brasileira seja garantida uma igualdade formal por meio de mecanismos legais, os indicadores sociais revelam a persistência da acentuada desigualdade entre brancos e negros que se manifesta em várias áreas da vida social como: condições de trabalho, nível de escolaridade, composição da pobreza, expectativa de vida e acesso as políticas sociais.

Guimarães (1995) pontua que a determinação legal da igualdade oculta o racismo nacional e aponta a tendência de se analisar essas desigualdades apenas pelo viés social e de

classe e não pelo racial gerando a falsa impressão de que as desigualdades são exclusivamente sociais, negando a sua dimensão racial.

Eu acho que o Brasil é um país ainda muito racista, com questões muito veladas com relação ao racismo. A gente vê ainda situações de muito preconceito, muito racismo. Eu acho que as políticas não são suficientes, as políticas afirmativas não são suficientes. Então, eu vejo um cenário muito ruim para esse tema. (Psicóloga 2, 2017)

Apesar de todos os profissionais reconhecerem a existência de desigualdades raciais produzidas pelo racismo, observa-se uma vaga percepção sobre a questão. O racismo não é apreendido a partir da complexidade que lhe é inerente enquanto estrutura de poder e dominação conformadora de relações sociais e suas respectivas hierarquias.

As dimensões pessoal e interpessoal do racismo são reconhecidas com maior facilidade pelos profissionais, mas a dimensão institucional é ignorada. A Terapeuta Ocupacional entrevistada ao falar sobre o racismo esclarece que não observa essa realidade no trabalho desenvolvido dentro da instituição e acrescenta “a gente trabalha justamente o contrário, essa quebra de preconceitos tanto em raça, como loucura, como tudo. Mas no Brasil ainda existe muito, há muito o que buscar e muito o que ganhar com relação ao preconceito racial”. Posicionamento similar é observado na fala da Psicóloga 3 que acredita que em virtude da escravidão a população negra foi prejudicada, mas afirma não vê os reflexos dessa situação no serviço.

Não é evidente nas falas dos profissionais o reconhecimento do papel exercido pelo racismo na produção de iniquidades em saúde mental. O racismo configura-se como uma ameaça física e simbólica a existência de homens e mulheres negras em virtude das múltiplas violências direcionadas a esses corpos. A vaga percepção do racismo e sobretudo as dificuldades no reconhecimento de sua dimensão institucional condicionam a inserção da questão racial no atendimento em saúde mental.

12. A Inserção da Questão Racial no Atendimento em Saúde Mental

Ainda que todos os profissionais reconheçam que as desigualdades raciais compõem a realidade brasileira, a inserção da questão racial no atendimento em saúde mental do CAPS é precária e insuficiente. Três entrevistados declaram não achar importante considerar a raça/cor dos usuários durante o atendimento explicando que não veem as desigualdades raciais como uma realidade dentro da instituição, defende que todos devem ser tratados como iguais, sem distinção de cor.

Nunca pergunto sobre isso, até porque na nossa ficha de acolhimento não tem cor/raça. Geralmente a gente faz algumas pesquisas, seria um ponto que a gente teria que perguntar, não sei se é porque a gente já trabalha com essa quebra de preconceito, pra mim não interessa se é negro, se é branco, se é mulato, não interessa! Eu vejo o sujeito como a pessoa que está em sofrimento, né?! Essa é minha concepção de trabalho. Mas já nos questionaram, porque a ficha de acolhimento dentro do CAPS não tem raça e não tem cor [...] a gente quer justamente essa quebra de estigma e preconceito (Terapeuta Ocupacional, 2017)

Observa-se que o reconhecimento da existência de desigualdades raciais vem acompanhado pela defesa do tratamento indistintamente igual. São posicionamentos construídos a partir de elementos inerentes ao pensamento liberal que ignora as bases desiguais da sociedade e supervaloriza a igualdade formal, menosprezando assim a desigualdade material.

Campos (2006 p.25) citando Bobbio (2000) pontua que para o autor o caráter genérico das normas direcionadas de modo universal produziria injustiças quando aplicadas literalmente em casos específicos. Para Campos (2006) a justiça e igualdade estão intimamente associadas ao reconhecimento das diferenças e da singularidade das situações e que em alguns casos demandam um tratamento desigual para restituição da igualdade real.

É a partir dessa concepção que a equidade como princípio orientador do SUS revela sua importância, uma vez que permite o reconhecimento das singularidades das situações e das necessidades e demandas específicas da população negra.

O princípio da igualdade, associado ao objetivo fundamental de conquistar uma sociedade livre de preconceitos na qual a diversidade seja um valor, deve desdobrar-se no princípio da equidade, como aquele que embasa a promoção da igualdade a partir do reconhecimento das desigualdades e da ação estratégica para superá-las. Em saúde, a atenção deve ser entendida como ações e serviços priorizados em razão de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população. (PNSIPN, 2009)

Associada a defesa da igualdade de tratamento está a tendência de visualizar o usuário do serviço oferecido pela instituição como sujeito abstrato. Alguns profissionais declaram visualizar o usuário exclusivamente pela ótica do seu adoecimento reduzindo sua identidade a ideia de “pessoa em adoecimento” e ignorando outros elementos que a compõe e que podem ser determinantes em sua saúde mental e na formulação de estratégias para o seu fortalecimento. É o caso da variável raça/cor que poderia ser utilizada em prol de uma visão mais ampla do usuário e de seu adoecimento.

É importante sinalizar que essa posição não é compartilhada por todos os profissionais. Além das três que declaram não achar importante a consideração da cor e raça dos usuários

durante o atendimento, uma declarou não ter pensado nisso e três declararam considerar importante em virtude de dois motivos diferentes.

Motivo 1: Eu acho importante porque a gente acaba percebendo, primeiro quem é o usuário do SUS, quem é o usuário que adoece mais, assim como a questão de gênero a gente percebe que faz diferença, o negro também... É importante até para entender como essa pessoa vive, o que ela sofre porque só pelo fato de ser negra já existe todo esse estereótipo. O homem relacionado a questão do bandido, do ladrão que vai te roubar ou do serviçal e a mulher com essa questão da sexualização na forma de vê-la. (Assistente Social 2, 2017)

Motivo 2: Eu acho importante no sentido da gente ficar atento pra não cometer racismo. Por mais que eu tenha uma consciência, tenha estudo, com certeza eu fui criado numa cultura racista, vou escorregar e cometer atos racistas.... Por outro lado, a gente fica meio na dúvida em colocar na ficha de acolhimento a identidade da pessoa se ela é negra ou não, é aquela coisa, a gente fica com medo de está separando as pessoas por cor. Eu acho que isso é conflito das políticas afirmativas, mas eu acho que pode ser inserido, no pesar da balança, acho que compensa mais a gente colocar para a gente ficar atento a isso. (Psicólogo 1, 2017)

Desse modo, é visível a heterogeneidade de posições sobre a importância de incluir a variável raça/cor na identificação dos usuários, como também de considerar a identidade racial durante o atendimento. Contudo não se observa uma movimentação maior sobre a questão e em prol da ampliação desse debate. Segundo os profissionais entrevistados a questão racial raramente é inserida nos debates institucionais e quando ocorre é de forma pontual.

Têm grupos de mulheres que eu acho que saem mais coisas específicas, mas dentro do meu decorrer, do meu trabalho, a gente quase não debate questão de cor, é mais a questão do preconceito da loucura em si. O que eles trazem a gente tenta compartilhar da melhor forma, trazer algum texto, alguma coisa que possa aliviar aquele “probleminha”, vamos dizer assim. Se eles se sentirem excluídos (Terapeuta Ocupacional, 2017)

Para a Assistente Social 2 a ausência de debates sobre a questão racial dentro da instituição é reflexo da forma que a sociedade brasileira lida com as desigualdades raciais e com o racismo. “É muito raro entre os profissionais, me lembra como as coisas são aqui no Brasil “Não existe racismo, não existe preconceito”, aí não se discute”.

As atividades de grupo fazem parte do cotidiano institucional do CAPS e se organizam a partir de diferentes temáticas desde um viés mais terapêutico até um viés mais social, segundo os profissionais entrevistado não existe e nem há registros de grupos que trabalham ou trabalharam especificamente com a questão racial. Segundo a Técnica em Enfermagem a instituição trabalha mais com a questão do preconceito sobre a loucura, não especificamente sobre o preconceito racial e o racismo. Já para a Assistente Social 1 o debate ocorre apenas através de projetos pontuais, fora dessas situações a questão é ignorada.

As situações supracitadas associadas a inexistência de dados sobre a cor/raça dos usuários corroboram para que as dificuldades em torno do reconhecimento das demandas específicas da população negra no CAPS sejam acentuadas e algumas vezes tenham sua existência negada.

Três dos profissionais entrevistados negam a existência de demandas específicas da população negra no CAPS. Entre as demandas específicas citadas pelos outros profissionais temos a questão do preconceito racial e o preconceito contra a loucura, dificuldades no processo de aceitação da cor/raça, a questão de gênero associada a questão racial e as demandas de caráter social em virtude de vulnerabilidades socioeconômicas.

Pode ser que a gente consiga observar isso se a gente for discutir a questão do gênero, por exemplo, quando a gente encontra a questão da mulher, embora eu tenha atendido alguns casos de homens que vem com o preconceito dentro do transtorno, que são pessoas que tem preconceito de raça. Atendi algumas vezes pessoas que tem a pele negra e que traz no seu discurso de adoecimento que tem aversão a negros, que se pudesse se matava e que motiva a tentativa de autoextermínio ou a tentativa de homicídio em relação a pessoa negra e traz isso dentro do contexto do adoecimento mental. Mas especificamente da questão racial isso não foi despertado aqui dentro. (Assistente Social 1, 2017)

Observa-se o caráter interseccional das demandas apresentadas que articulam o racismo ao preconceito contra loucura, ao sexismo e a questão social e de classe potencializando sua complexidade. Elas foram apontadas com muita dificuldade pelos profissionais e segundo o Psicólogo 1 possuem um caráter pontual, inexistindo a ação e organização de um movimento negro ou de usuários negros reivindicando o seu reconhecimento. Para a Assistente Social 1 essa situação é explicada pelo processo de naturalização das desigualdades raciais.

Nós temos assembleia, temos grupos disso, grupos daquilo e eu não vejo a população negra chegar aqui e dizer: por que a gente não discute isso? Sobre racismo, sobre cotas, sobre alguma coisa do mundo negro nesse grupo? Porque se sente tão pequeno que não tem força para falar sobre isso. Eu acho que está ainda muito esquecido, muito a passos de formiga, muito naturalizado. A pessoa negra se ela se omite é porque tá se deixando ser oprimido, se ela se manifesta é porque é o negro rebelde, sempre tem uma acusação em torno do seu comportamento. (Assistente Social 1, 2017)

Uma das possíveis razões para a existência de dificuldades no reconhecimento das demandas da população negra relaciona-se a ausência do debate sobre a questão racial na formação profissional dos entrevistados. Quando interrogados se a formação profissional ofereceu subsídios para o reconhecimento dessas demandas cinco entrevistados responderam que não ou que receberam poucos subsídios. Os conhecimentos sobre a questão são colocados

como provenientes de interesses individuais, sendo ignorado na maioria das grades curriculares dos cursos de graduação e das especializações no âmbito da saúde e saúde mental.

Entre as diretrizes gerais da PNSIPN (2009) está o compromisso com inclusão dos temas Racismo e Saúde da População Negra nos processos de formação e educação permanente dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social. Observa-se a não materialização desse compromisso dificultando o processo de reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico raciais e do racismo institucional como determinantes sociais das condições de saúde, como determina a política.

Comprova-se a tendência de não reconhecimento por expressiva parte dos profissionais entrevistados e atuantes no atendimento em saúde mental do CAPS II do racismo como fonte de adoecimento e sofrimento mental para população negra podendo acarretar o silenciamento e potencialização do sofrimento dessa população. Além disso, evidencia-se a forma como opera o racismo institucional no atendimento em saúde mental expresso na incapacidade da instituição em reconhecer e dar respostas adequadas as demandas e necessidades da população negra e pela ausência de uma prática subsidiada pelo debate da questão racial que possibilite o reconhecimento das repercussões do racismo na saúde mental de homens e mulheres negras. Entende-se que o levantamento do perfil dos usuários desagregados por raça/cor desde que comprometido com a luta antirracista poderia contribuir para formulação de estratégias que visassem reverter esse quadro, segundo os profissionais o principal empecilho para o levantamento desses dados é a dificuldade de se definir quem é negro no Brasil.

13. Miscigenação: Quem é negro no Brasil?

A formação da nação brasileira a partir da miscigenação entre africanos, europeus e indígenas reflete-se na construção de especificidades do racismo no Brasil. Segundo Guimarães (1999 p. 34) “o racismo colonial fundado na ideia de pureza do sangue cedeu lugar depois da independência do país a ideia de uma nação mestiça”. A ideia da construção de um povo a partir da mistura de grupos étnicos/raciais distintos tem servido a interesses diversos, inclusive para fundamentar a defesa de que no Brasil não há racismo, a partir do argumento de que todos somos oriundos de uma mesma mistura o que supostamente invalidaria as distinções raciais⁵.

Entretanto, a miscigenação não é símbolo de igualdade. A romantização dessa mistura oculta o que de fato a possibilitou: relações de poder estritamente demarcadas que garantiram

⁵ Ressalta-se o caráter exclusivamente social de tais distinções e a não referência a distinções biológicas.

ao homem branco acesso irrestrito aos corpos de mulheres negras e indígenas, via violência sexual, estupro. Dessa forma a miscigenação configura-se como expressão e denúncia das bases racistas de nossa sociedade.

No Brasil e na América Latina, a violação colonial perpetrada pelos senhores brancos contra as mulheres negras e indígenas e a miscigenação daí resultante está na origem de todas as construções de nossa identidade nacional, estruturando o decantado mito da democracia racial latino-americana, que no Brasil chegou até as últimas consequências. (CARNEIRO, 2001 p. 01)

O que de fato é inegável é que a miscigenação complexifica o processo de construção do referencial identitário da população brasileira. A estratégia adotada pelo Estado brasileiro foi a construção de variados sistemas de classificação ao longo da história através da distinção de categorias de cor e raça. O IBGE estipula a existência de cinco categorias: branco, preto, pardo, amarelo e indígena. A partir disso, determina-se que o negro seja constituído pela soma de pretos e pardos. Conforme aponta Nascimento e Fonseca (2008 p. 03) “as categorias de cor ou raça contribuem, direta ou indiretamente, para modelar e legitimar certo perfil identitário na população brasileira, ou seja, colaboram para a construção de fronteiras entre grupos que compõem tal população. ”

No CAPS II não existem informações sobre a cor/raça dos usuários acarretando a não identificação do perfil dos usuários do sistema, prejudicando o reconhecimento das demandas específicas da população negra e a formulação de estratégias de fortalecimento da sua saúde mental, além de dificultar a realização de pesquisas que articulem questão racial e saúde mental. Entre os objetivos iniciais do presente trabalho estava a mensuração do perfil predominante dos usuários por raça/cor. Esse objetivo foi inviabilizado pela inexistência da coleta desses dados na instituição.

A portaria MS n 344 de 02 de fevereiro de 2017 determina a obrigatoriedade da coleta de dados sobre cor/ raça pelos profissionais nos serviços de saúde respeitando os critérios de autodeclaração. Tal determinação embasa-se na relevância da variável raça/cor nos sistemas de informações de saúde para possibilitar o estudo do perfil epidemiológico dos diferentes grupos populacionais segundo critério raciais/étnico, a necessidade de subsidiar o planejamento de políticas públicas que levem em conta as necessidades específicas deste grupo e a melhoria da qualidade dos sistemas de informação dos SUS no que tange à coleta, ao processamento e à análise dos dados desagregados por cor, etnia e gênero.

Conforme aponta Paixão (2017)⁶ historicamente as estatísticas sociais, sobretudo aquelas construídas a partir da desagregação por raça/etnia, têm sido um instrumento de poder para controle de seres humanos não necessariamente intencionados em produzir ações afirmativas. Castro (2017)⁷ esclarece que falar em raça não significa falar sobre racismo e que dados desagregados por raça/cor podem servir a diferentes interesses, inclusive àqueles que estão na contramão da luta antirracista.

Inferre-se a partir disso que a previsão legal da obrigatoriedade da coleta desses dados e até mesmo sua completa adoção pelas instituições não é suficiente para resolução da problemática uma vez que não significa compromisso com o combate ao racismo. Desse modo, é preciso que haja o esforço coletivo para construções de estratégias que possibilitem a orientação da coleta desses dados no sentido do aniquilamento das desigualdades raciais.

Verifica-se que não há consenso entre os profissionais sobre o perfil predominante por raça/cor entre os usuários da instituição. Ao serem indagados sobre a cor/raça dos usuários com base no sistema de classificação racial utilizada pelo IBGE. Para o Psicólogo 1 a maioria é parda, poucos são os pretos e os brancos, para a Psicóloga 2 a maioria são brancos e pardos, já a Psicóloga 3 declarou não reparar na cor/raça do usuário. A Terapeuta Ocupacional declara que de acordo com sua percepção a maior parte dos usuários é parda, mas acrescenta “existem nossos mulatinhos, nossos negros, mas a predominância maior é parda”. Já para a Assistente Social 2 a cor/raça predominante está entre preto e pardo.

A gente percebe que a grande maioria está entre o negro e o pardo, alguns brancos, poucos. Não sei se é porque Brasília é muito misturada, também não sei se é porque são os usuários do sistema de saúde, mas saúde mental não tem muita opção fora da rede pública. Então a gente percebe que a grande maioria, a grande maioria mesmo! Está entre pretos e pardos. (Assistente Social 2, 2017)

Conforme mostra a tabela 1 a opinião dos profissionais sobre a cor/raça predominante dos usuários da instituição é diversa e muitas vezes contraditórias. Contudo, grande parte dos profissionais apontam a expressiva presença de usuários pardos. Como foi visto o pardo junto ao preto compõe a categoria negro. A inexistência de dados formais e pautados na autoclassificação dos usuários sobre a questão impossibilita um debate mais qualificado entre

⁶ Apontamento feito por Marcelo Paixão durante a palestra “Como pesquisar empiricamente relações raciais?” Em 05 de Junho de 2017 na Universidade de Brasília.

⁷ Fala de Rosana Castro durante a palestra “Questão racial e Saúde” Em 07 de Junho de 2017 na Universidade de Brasília.

os profissionais e o fomento a construção de estratégias para o fortalecimento da saúde mental da população negra visando a promoção da equidade.

TABELA 1- Percepção dos Profissionais sobre a cor/raça dos usuários do CAPS

	BRANCO	PRETO	PARDO	VARIADA
Técnica Enfer.				X
Psicólogo 1			X	
Psicóloga 2	X		X	
Terapeuta Ocupacional			X	
Serviço Social 2		X	X	

As razões expostas pelos profissionais para a não inclusão da coleta de dados sobre raça/cor nos instrumentais refere-se as dificuldades de definição de quem é negro e quem é branco, a ideia de que todos devem ser tratados como iguais e o receio de que esse tipo de coleta seja interpretado como uma prática discriminatória.

As dificuldades apontadas pelos profissionais na distinção dos negros e não negros advém da própria ausência de debates críticos sobre a questão racial e o processo estigmatizante do negro enquanto categoria adjetiva que encontra-se carregado de valoração negativa devido ao seu histórico de uso pejorativo tornando complexo o processo de reconhecimento étnico/racial reverberando no constrangimento dos profissionais no levantamento da questão e dos usuários no processo de identificação.

14. O Processo de Reconhecimento Étnico Racial

A representação negativa da população negra dificulta o processo de reconhecimento étnico/racial e a construção de uma representação positiva de si. Segundo Kambelege (2004), a ideologia do branqueamento contribui para que pessoas negras não se reconheçam como negras e busquem estratégias de distanciamento dessa representação.

A Assistente Social 1 destaca o papel desempenhado pelo processo de representação negativa de usuários negros na motivação de tentativas de autoextermínio. Ela pontua que a não

aceitação da condição étnico/racial entre os usuários negros portadores de transtornos mental corrobora para o desencadeamento de tentativas de suicídio entre os mesmos. Similarmente, a Psicóloga 2 compartilha já ter realizado um atendimento que evidencia as dificuldades do processo de autoaceitação em virtude da cor/raça:

Eu perguntei por que a dermatologista tinha encaminhado e ele disse: é porque eu estou com um problema de pele. Perguntei qual que é o problema, ele disse: É que eu era branco e eu fui ficando negro e agora eu tô bem negro. Achei muito significativo, é uma coisa estranha, diferente. É um delírio dele que tem um sentido, todo delírio tem um sentido, né?! E eu acho que esse delírio que ele criou, certamente não surgiu do nada, acho que surgiu de uma história de vida de muitos maus-tratos, de muito preconceito com relação a cor. (Psicóloga 2, 2017)

A situação demonstra a existência de demandas relacionadas a questão racial e evidencia que o não reconhecimento da identidade racial dos usuários pode indicar a força e vigor do racismo institucional, uma vez que evidencia a falha da instituição em prover um serviço apropriado a usuários negros e um cotidiano profissional distante do debate sobre a questão racial.

Torna-se evidente os obstáculos inerentes ao processo da construção de uma identidade e representação positiva de si em pessoas negras e portadoras de transtorno mental que são estigmatizadas pelo duplo preconceito: racial e da loucura. A situação apresentada em forma de delírio é carregada de significação uma vez que evidencia o processo de inferiorização aos quais foram submetidos homens e mulheres negras e que encontra-se arraigado socialmente. Fannon (2008) pontua que o processo de inferiorização é engendrado a partir da construção na noção de superioridade europeia, só possível através da expropriação do valor e originalidade do negro pelo branco.

Se ele se encontra a tal ponto submerso pelo desejo de ser branco, é que vive em uma sociedade que torna possível o seu complexo de inferioridade, em uma sociedade, cuja consistência depende da manutenção desse complexo, em uma sociedade que afirma a superioridade de uma raça. (FANNON, 2008 p. 95)

A dualidade entre o bom e ruim é estabelecida a partir da separação entre o que é do negro e o que é do branco. A partir disso não só a cor da pele passa a ser objeto de inferiorização, mas também a textura do cabelo, a largura do nariz, o volume da boca, as danças, os cantos, a religião. Expropria-se do negro qualquer valor para depois lhe impor a ideologia do branqueamento que lhe retira a originalidade. Inferiorização reforçada pelo ciclo cumulativo de desvantagens e que determina o lugar e o não lugar dessa população em nossa sociedade.

Começo a sofrer por não ser branco na medida em que o homem branco me impõe uma discriminação, faz de mim um colonizada me extirpa qualquer valor, qualquer originalidade (FANNON, 2008 p. 94)

Em virtude de tal situação a categoria negro é culturalmente estigmatizada e carregada de valoração negativa dificultando o processo de reconhecimento étnico racial da população negra e motivando a resistência entre os profissionais da instituição de sua inclusão nos instrumentais utilizados para o acolhimento e atendimento dos usuários.

Conforme relatos dos profissionais evidencia-se que representação negativa da população negra reverbera na potencialização do sofrimento mental desses. Por mais complexo que seja esse debate, as instituições não podem deixar de realizá-lo. Entre os instrumentais disponíveis, o levantamento do perfil dos usuários desagregados por raça/cor revela-se importante para o combate à discriminação e desigualdade no âmbito da saúde mental, além de fomentar uma análise pautada no princípio da integralidade do usuário, considerando a pluralidade de identidades que o compõe e que são indissociáveis do seu adoecimento.

15. Identidades Plurais: Raça, Gênero e Transtorno Mental

Como pontua Rosa e Campos (2012) múltiplas são as possibilidades de pertencimentos que contornam a identidade da pessoa com transtorno mental. Para além de “louco” essa pessoa pode ser homem, mulher, transexual, branca, negra, heterossexual, homossexual, ou uma combinação dessas categorias. Para a Assistente social 1 a articulação da pessoa com transtorno mental a identidade negra potencializa dificuldades e desigualdades.

Quando se fala na história da loucura, tá muito íntimo com que aconteceu com o branco e o preto, eles sofreram as mesmas coisas, as mesmas entre aspas, sofreram tanto quanto. A questão de estar preso, mal compreendido, de ter que tomar medicações, de ter que passar pelo sofrimento da família. Até o vem pela carga daí pra frente, porque o negro hoje... ele não viu o que aconteceu, não passou pelo que aconteceu antes, mas ele sofre a consequência disso. E se ele for um negro louco ele tem uma disponibilidade maior de não conseguir essa superação, essa inclusão racial, social, tendo em vista essa diferença da raça. (Assistente Social 1, 2017)

Além do pertencimento racial, o pertencimento de gênero é uma variável importante na identidade da pessoa com transtorno mental. Tanto o louco quanto a mulher e o negro encontram-se em nossa sociedade submetido a um conjunto de desigualdades e opressões que os inserem no seio do processo de inferiorização. A possibilidade de articulação dessas identidades submetidas a distintas faces da opressão quando presentes em um mesmo sujeito reverberam na potencialização de sua subordinação.

Desse modo, a vivência da mulher negra portadora de transtorno mental é recorrentemente referenciada nos apontamentos realizados pelos profissionais durante a entrevista, sem que isso signifique um amplo reconhecimento da dimensão interseccional dessa vivência. Com base em Crenshaw (2002) é possível identificar a importância de se analisar a experiência das mulheres negras reconhecendo sua condição racial e de gênero de forma interseccional, ou seja, de modo combinado e em constante interação.

A mulher negra é ponto de encontro de formas de discriminação que se combinam: a discriminação de gênero e a discriminação racial. Historicamente essas discriminações foram combatidas isoladamente. A discriminação de gênero pelo movimento feminista arquitetado a partir de experiências de mulheres brancas de classe média que não comportavam as experiências específicas das mulheres negras em virtude de sua condição racial. E o racismo pelo Movimento Negro fundamentado nas experiências de homens negros não comportando também a vivência das mulheres negras em virtude de sua condição de gênero.

Como aponta Crenshaw (2002) as conquistas advindas do ativismo desses movimentos não alteraram a situação de desproteção imposta as mulheres negras em virtude de sua incapacidade ao prever que tanto as mulheres poderiam ser simultaneamente negras, quanto os negros poderiam ser simultaneamente mulheres.

Observa-se empiricamente essa situação na dinâmica do CAPS II. A instituição prevê a realização semanal de um grupo voltado para o debate sobre temática de gênero e nos seus instrumentais está previsto a coleta da identificação do sexo dos usuários. Por outro lado, a questão racial não é debatida e o único lugar a ela destinado é o de subtema posicionando-a na condição de subinclusão.

A importância de desenvolver uma perspectiva que revele e analise a discriminação interseccional reside não apenas no valor das descrições mais precisas sobre as experiências vividas por mulheres racializadas, mas também no fato de que intervenções baseadas em compreensões parciais e por vezes distorcidas das condições das mulheres são, muito provavelmente, ineficientes e talvez até contraproducentes. Somente através de um exame mais detalhado das dinâmicas variáveis que formam a subordinação de mulheres racialmente marcadas pode-se desenvolver intervenções e proteções mais eficazes. (CRENSHAW, 2002 p.177)

Analisar os reflexos das relações de gênero, relações historicamente determinadas pela estrutura patriarcal, sexista e misógina, na saúde mental das mulheres é irrefutavelmente importante. Contudo é insuficiente e problemático quando parte de uma ideia homogeneizadora do ser mulher desconsiderando a pluralidade de identidades, vivências e trajetórias. A questão de gênero vem ganhando espaço na produção acadêmica sobre saúde mental, contudo em

conformidade ao apontado por Rosa e Campos (2012) o debate sobre a questão racial e saúde mental ainda é raro e insuficiente.

As autoras a partir do levantamento e análise das produções acadêmicas sobre gênero destacam o papel das violências, sobrecargas e discriminações na produção do adoecimento mental entre as mulheres. É inconcebível a ausência do recorte racial quando as mulheres negras são recorrentemente mais afetadas por tais situações, uma vez que o seu ciclo cumulativo de desvantagens é reforçado por sua condição racial, de gênero e adoecimento.

Fazemos parte de um contingente de mulheres ignoradas pelo sistema de saúde na sua especialidade, porque o mito da democracia racial presente em todas nós torna desnecessário o registro da cor dos pacientes nos formulários da rede pública, informação que seria indispensável para avaliarmos as condições de saúde das mulheres negras no Brasil, pois sabemos, por dados de outros países, que as mulheres brancas e negras apresentam diferenças significativas em termos de saúde. (CARNEIRO, 2001 p. 01)

Alguns (poucos) profissionais entrevistados mencionam o processo de inferiorização econômica, social e cultural imposto as mulheres negras, reconhecendo desde a sua presença nos piores postos de trabalho até os estereótipos sexuais a ela referenciados pelo imaginário social.

Quando a gente fala da mulher negra a gente vê também que na maioria das vezes elas ficam é nos subempregos, poucas conseguem encaminhar e ainda existe um feitiche da mulher negra ou mulata que tem um corpo que chama atenção. Então, ou ela é vista dessa forma, como aquela mulher daquele corpo que chama atenção, da que dança, da que rebola, de uma forma muito sexualizada ou ela é vista como a empregada, a babá. (Assistente Social 2, 2017)

Sobre a questão, Gonzales (1980) denuncia que o racismo e o sexismo afeta violentamente as mulheres negras que são culturalmente estereotipadas pelo processo de hiperssexualização e inferiorização que tornam esses corpos disponíveis a violências específicas em virtude de sua condição de gênero e raça. Segundo a autora predomina a visão de que a mulher negra naturalmente, é cozinheira, faxineira, servente, trocadora de ônibus ou prostituta. (p.226).

Desse modo um conjunto de fatores determinam a desigualdade de acesso e atendimento as mulheres negras no âmbito da saúde recaindo sobre esse público os piores indicadores sociais. É preciso que o tema ganhe espaço no âmbito da pesquisa em saúde mental e que se problematize de que modo o racismo e o sexismo reverbera na saúde mental dessas mulheres. Nesse sentido, é preciso que a percepção dos profissionais sobre o usuário transite de uma ótica de abstração para um reconhecimento integral e interseccional de suas demandas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sofrimento mental e psíquico da população negra não tem se estruturado como campo de cuidado e proteção na sociedade brasileira. Como foi visto, durante a escravidão as ações em saúde direcionadas a essa população foram predominantemente voltadas a garantia dos interesses da branquitude da época, configurando-se em torno da proteção de supostos males físicos e morais inerentes a negritude ou na manutenção da força de trabalho escrava.

Com o advento do capitalismo, novas configurações do processo de subalternização foram edificadas garantindo que os cuidados em saúde permaneçam inalcançáveis ou que não assegurem atendimento qualificado as demandas específicas de homens e mulheres negras.

O racismo é componente da sociedade brasileira e por isso parte integrante das estruturas institucionais. Evidenciou-se que o debate sobre a questão racial no atendimento em saúde mental no CAPS II é precário e insuficiente, repercutindo em dificuldades no processo de reconhecimento das demandas específicas da população negra, na inexistência de estratégias para fortalecimento de sua saúde mental, na ausência da variável raça/cor nos instrumentais da instituição, impedindo a desagregação dos dados sobre o perfil dos usuários. Tal realidade configura, um indicativo da existência de racismo institucional uma vez que não ocorre a problematização sobre a importância de se considerar as especificidades dessa população no atendimento em saúde mental.

A complexidade da questão é acentuada quando torna-se evidente que a dimensão institucional do racismo que permeia o cotidiano do CAPS é legado do racismo acadêmico que negligencia a produção do conhecimento em torno do debate sobre a saúde mental da população negra e que não capacita os profissionais atuantes na área a desenvolverem um atendimento subsidiado por um debate crítico sobre a questão racial.

A maior parte dos entrevistados afirmam não ter recebido subsídios em graduações e especializações para o reconhecimento das demandas específicas da população negra e apresentam uma vaga percepção sobre o racismo e as desiguais relações raciais no Brasil.

A partir das entrevistas, observa-se que o Serviço Social quando comparado a outras categorias profissionais possui uma apreensão mais crítica do racismo na sociedade brasileira.. A profissão possui um explícito compromisso no combate a todas as formas de preconceito e discriminação tornando imprescindível a ampliação desse debate na formação acadêmica e na prática cotidiana do exercício profissional para que de fato ocorra a garantia dos princípios do

SUS e a consolidação dos valores éticos da profissão vinculados a um projeto de sociedade radicalmente democrático.

As demandas apresentadas pelos usuários negros aos profissionais do CAPS são interseccionais em virtude das múltiplas possibilidades de pertencimento identitário. Perpassam questões raciais, de classe e de gênero e evidenciam a violência simbólica exercida pelo processo de inferiorização imposta pela supremacia branca que reverberam em dificuldades de reconhecimento racial e de construção de uma visão positiva de si. A questão é analisada por alguns profissionais de modo pontual e a ausência de debates evidencia que a instituição não responde de modo apropriado.

Confirma-se que os aparatos institucionais não foram construídos para dar respostas satisfatórias as demandas e necessidades da população negra e que ocorre uma sobrevalorização da universalidade descontextualizada de reais condições de acesso. Além disso, ocorre atendimento desarticulado do debate sobre equidade o que contribui para manutenção das desigualdades raciais.

Compreende-se que o evidenciado no cotidiano institucional do CAPS é reflexo das bases estruturais da sociedade brasileira, não cabendo a culpabilização dos profissionais pela produção do racismo institucional, mas sim a responsabilização por sua reprodução.

A ausência de dados desagregados por raça/cor impossibilitou a identificação do perfil predominante dos usuários do CAPS. Contudo, a partir do levantamento da percepção dos profissionais foi possível uma aproximação da questão. Evidenciou-se que a população negra está em quantidade expressiva na instituição tornando o reconhecimento de suas necessidades específicas urgente e imprescindível.

O racismo produz o ambiente hostil necessário a perpetuação de desigualdades onde a existência material e simbólica da população negra é constantemente ameaçada. Esse processo tem estreita relação com a produção de iniquidades em saúde, uma vez que o processo saúde/doença é multideterminado. A existência de mecanismo legais direcionados ao combate ao racismo, ainda que importante revela-se insuficiente para a resolução das desigualdades raciais. Evidencia-se a necessidade de alterações a nível estrutural que incidam sob a cultura hegemônica no sentido da ampla valorização de vidas negras.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Neto Zenaide. **Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde**: Breve História da Política de saúde no Brasil. Antecedentes, percurso, perspectiva e desafios. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALVES, Ana Alexandra Marinho; RODRIGUES, Nuno Felipe Reis. **Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental**. Rev. Port. Sau. Pub., Lisboa, V. 20 n. 02 p. 127 – 131, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252010000200003> Acesso em 12 de Maio de 2017.
- ANDRÉ, Maria da Consolação. **O SER NEGRO: A Construção de Subjetividades em Afro-brasileiros**. Brasília: LGE Editora, 2008.
- ARRAES, Jarid. A Saúde Mental da População Negra. In: Blogueiras Negras, 2013 Disponível em: <http://blogueirasnegras.org/2013/12/19/saude-mental-populacao-negra/> Acesso em 23 de outubro de 2016.
- _____. **“Meu psicólogo disse que racismo não existe”** In: Revista Forum, 2015. Disponível em: <http://www.revistaforum.com.br/2015/06/25/meu-psicologo-disse-que-racismo-nao-existe/> Acesso em 25 de outubro de 2016.
- BRASIL, Sandra Assis; TRAD, Leny Alves Bomfim. **O movimento negro na construção da política nacional de saúde integral da população negra e sua relação com o estado brasileiro**. In: Saúde da população negra / Luís Eduardo Batista, Jurema Werneck e Fernanda Lopes, (orgs.). -- 2. ed. -- Brasília, DF : ABPN - Associação Brasileira de Pesquisadores Negros, 2012.
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In. MOTA, Ana Elisabete (et al) Orgs. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. ABEPSS/OPAS, 2006.
- BUSS, Paulo; FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes**. In: PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS**. Saúde e Sociedade v.15, n.2, p.23-33, maio-ago 2006

CARNEIRO, Sueli. **"Enegrecer o feminismo: a situação da mulher negra na América Latina a partir de uma perspectiva de gênero"**. In: ASHOKA EMPREENDIMENTOS SOCIAIS; TAKANO CIDADANIA (Orgs.). Racismos contemporâneos. Rio de Janeiro: Takano Editora, 2003. p. 49-58.

CRENSHAW, Kimberlé. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero**. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 171-188, Jan. 2002.

FANNON, Frantz. **Pele Negras, Máscaras Brancas**. Salvador: EDUFBA, 2008

FARO, André; PEREIRA, Marcos Emanuel. **Raça, racismo e saúde**: a desigualdade social da distribuição do estresse. Estudos de Psicologia, 16(3), setembro-dezembro/2011, 271-278
Disponível Em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v16n3/09.pdf> Acesso em: 25 de outubro de 2016.

FONSECA, Dagoberto José; NASCIMENTO, Alessandra Santos. **Mudanças e continuidades nas definições de cor ou raça na PCERP/2008**. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, SP de 19 a 23 de novembro de 2012.

FONTE, E.. DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA LOUCURA À REFORMA PSIQUIÁTRICA: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Estudos de Sociologia**, Local de publicação (editar no plugin de tradução o arquivo da citação ABNT), 1, mar. 2013. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revsocio/index.php/revista/article/view/60/48> Acesso em 20 de setembro de 2016.

FOUCAULT, Michel. **A História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva S.A, 1978.

GIL, ANTONIO CARLOS. Pesquisas Exploratórias. In: Como elaborar projetos de pesquisa/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo : Atlas, 2002

GOMES, Nilma Lino. **Alguns Termos e Conceitos Presentes no Debate sobre Relações Raciais no Brasil: Uma Breve Discussão**. In: BRASIL. Educação Anti-racista: caminhos abertos pela Lei federal nº 10.639/03. Brasília, MEC, Secretaria de educação continuada e alfabetização e diversidade, 2005. P. 39 - 62.

GONZALES, Lélia. **Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira**. Revista Ciências Sociais Hoje, Anpocs, 1984

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. **Classes, Raças e Democracia**. São Paulo: Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo; Editora 34, 2002.

GUIMARÃES, Antônio Sérgio Alfredo. **Racismo e Anti-racismo no Brasil**. São Paulo: Editora 34 LTDA, 1999.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA; SECRETARIA DE POLITICAS DE PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL. Situação social da população negra por estado Brasília. 2014. Disponível em : <http://www.seppir.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/pub-pesquisas/situacao-social-da-populacao-negra-por-estado-seppir-e-ipea> Acesso em 12 de Novembro de 2016.

LÓPEZ, Laura Cecilia. **O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde**. Interface (Botucatu) vol.16 no.40 Botucatu Jan./Mar. 2012 Epub Mar 20, 2012

MARX, Karl. **O CAPITAL: Crítica da Economia Política**. São Paulo: Boitempo, 2013.

MEDEIROS, Ms Maria da Gloria de; NASCIMENTO, André José do. O FIM DA ESCRAVIDÃO E AS SUAS CONSEQUÊNCIAS. IV Colóquio de Historia: Abordagens Interdisciplinares sobre História da Sexualidade. Unicamp, 2010. <http://www.unicap.br/coloiodehistoria/wp-content/uploads/2013/11/4Col-p.309.pdf> Acesso em: 15 de Outubro de 2016

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo. **Escravidão e nostalgia no Brasil: o banzo**. Rev. latinoam. psicopatol. fundam. [online]. 2008, vol.11, n.4.

SILVA, Maria Lucia da. **Racismo e os efeitos na saúde mental**. I Seminário Saúde da População Negra 2004. Disponível em: <http://www.mulheresnegras.org/doc/livro%20ledu/129-132MariaLucia.pdf> Acesso em: 23 de outubro de 2016

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização**. São Paulo: Cortez, 2012.

OLIVEIRA, Walther Ferreira. **REFORMA PSIQUIÁTRICA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL:** Contextualização sócio históricas, desafios e perspectivas. In: Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, ISSN 1984-2147, Florianópolis, v.4 , n.9, p.52-71 ,2012.

OLIVEIRA, Kamila Alaman de; SANTOS, Dayane Luizy Ribeiro dos. **Aspectos gerais da saúde dos escravos no Brasil: revisão de literatura.**

Revista Eletrônica Gestão & Saúde. Vol.07, N°. 01, Ano 2016 p. 471-89

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde:** notas sobre contextos e autores. Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35

POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE INTEGRAL DA POPULAÇÃO NEGRA. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacao_negra.pdf
Acesso em: 05 de Outubro de 2016

PÔRTO, Ângela. **O sistema de saúde do escravo no Brasil do século XIX: doenças, instituições e práticas terapêuticas.** In: História, Ciências, Saúde – Manguinhos, v. 13, n. 4, p. 1019-27, out.-dez. 2006 Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v13n4/12.pdf>
Acesso em 13 de outubro de 2016

RIBEIRO, Daniela Corrêa. **Entre a escravidão e a loucura: escravos e libertos no Hospício de Pedro II (1852-1888)** in: Escravidão, doenças e práticas de cura no Brasil/ Tânia Salgado e Flávio Gomes (organização), - Rio de Janeiro: Outras Letras, 2016.

SCHEFFER, Graziela; Silva, Lahana. **Saúde mental, intersectorialidade e questão social: um estudo na ótica dos sujeitos.** In: Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 118, p. 366-393, abr./jun. 2014.

SOUZA, Arivaldo Santos de. **Racismo institucional:** para compreender o conceito. Revista da ABPN, v. 1, n3- nov.2010-fev.2011

WERNECK, Jurema. **Racismo Institucional e Saúde da População Negra.** Saúde Soc. São Paulo, v.25, n.3, p.535-549, 2016

XAVIER, Lúcia. **Racismo, Corpo, Saúde, Representação** In: Encrespando - Anais do I Seminário Internacional: Refetindo a Década Internacional dos Afrodescendentes (ONU, 2015-2024) / FLAUZINA, Ana; PIRES, Tula (org.). - Brasília: Brado Negro, 2016

ANEXOS

Entrevista semiestruturada

1. Formação:

Curso

Especialização

Tempo de atuação no CAPS?

2. Atividades desenvolvidas na instituição:

Grupos semanais

Atendimentos individuais

Acolhimentos

Visitas domiciliares

Outros

3. Questão racial e atendimento em saúde mental:

Qual sua percepção sobre o racismo no Brasil?

Você acha importante levar em consideração a cor/raça do usuário durante o atendimento? De que forma? Por que?

Qual a sua percepção sobre a raça/cor predominante entre usuários da instituição?

Existem demandas específicas apresentadas ao CAPS pela população negra? Quais?

Você considera que sua formação profissional te ofereceu subsídios para o reconhecimento dessas demandas?

De que forma a questão racial é debatida entre usuários e profissionais dentro da instituição?

Existem estratégias de fortalecimento da saúde mental da população negra dentro da instituição? Quais?

A questão racial é abordada em grupos terapêuticos do CAPS? Em quais?

Anexo II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Senhor (a) está sendo convidado a participar do Trabalho de Conclusão de Curso “Análise da Questão Racial no Atendimento em Saúde Mental do CAPS II- DF”, de responsabilidade de Lucélia Luiz Pereira. O objetivo desta pesquisa é analisar de que forma a Questão Racial é considerada no atendimento em saúde mental pelos profissionais do CAPS II-DF. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários, entrevistas, fitas de gravação ficarão sob a guarda do pesquisador responsável.

A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com profissionais da instituição e pesquisa em fichas de acolhimento e prontuários. É para o procedimento da entrevista que você está sendo convidado a participar.

Há o risco de exposição individual, considerando que a pesquisadora irá se apropriar de informações em relação ao seu cotidiano profissional. O sigilo estará garantido em todas as etapas da pesquisa, a fim de evitar qualquer tipo de exposição indesejada. A pesquisadora será responsabilizada por qualquer informação divulgada sem a devida autorização. Se você aceitar participar, estará contribuindo para a ampliação que do debate que articule saúde mental e questão racial.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Lucélia Luiz Pereira, no Departamento de Serviço Social (SER/UNB), no telefone (61) 93107 7505 ,

ou para Jéssika Larissa Sousa Lima, no telefone (61) 985502482. Pode também entrar em contato através dos e-mails: lucelia@unb.br ou jl Larissa17@gmail.com.

Os resultados da pesquisa serão divulgados no CAPS II de Taguatinga Sul, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep_ih@unb.br. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).


Assinatura do (a) participante

Assinatura do (a) pesquisador

Brasília, __ de _____ de _____

Anexo III

Comprovante de Envio do Projeto

UNB - INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVERSIDADE	
---	---

COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise da Questão Racial em Saúde Mental no CAPS II - Distrito Federal
Pesquisador: Lucélia Luiz Pereira
Versão: 1
CAAE: 64665317.5.0000.5540
Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

DADOS DO COMPROVANTE

Número do Comprovante: 010012/2017
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Informamos que o projeto Análise da Questão Racial em Saúde Mental no CAPS II - Distrito Federal que tem como pesquisador responsável Lucélia Luiz Pereira, foi recebido para análise ética no CEP UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília em 11/02/2017 às 07:54.

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO DARCY RIBEIRO - ICC - ALA NORTE - MEZANINO - SALA B1 - 806 (MINHOÇÃO)
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.910-900
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3307-2780 E-mail: ind@unb.br


Anexo IV


Comprovante de Aprovação

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA


Título da Pesquisa: Análise da Questão Racial em Saúde Mental no CAPS II - Distrito Federal
Pesquisador Responsável: Lucélia Luiz Pereira
Área Temática:
Versão: 1
CAAE: 64665317.5.0000.5540
Submetido em: 12/01/2017
Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_848771

DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

- Versão em Tramitação (E1) - Versão 2
 - Emenda (E1) - Versão 2
 - Documentos do Projeto
 - Comprovante de Recepção - Submis
 - Cronograma - Submissão 1
 - Declaração de Instituição e Infraestrutura

Tipo de Documento ^	Situação ^	Arquivo ^	Postagem ^	Aç
Comprovante de Recepção	Aceito	 PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_848771.pdf	11/02/2017 07:54:09	

Anexo V

Parecer Liberado

HISTÓRICO DE TRÂMITES

Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	13/03/2017 13:40:52	Parecer liberado	1	Coordenador	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	PESQUISADOR	
PO	10/03/2017 22:29:55	Parecer do colegiado emitido	1	Membro do CEP	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	
PO	10/03/2017 22:27:00	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	
PO	05/03/2017 10:41:37	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	
PO	05/03/2017 09:05:36	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	
PO	05/03/2017 08:04:23	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	
PO	11/02/2017 07:54:08	Aceitação do PP	1	Secretária	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	
PO	12/01/2017 01:37:26	Submetido para avaliação do CEP	1	Pesquisador Principal	PESQUISADOR	UnB - Instituto de Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília	

LEGENDA:

(*) Apreciação

PO = Projeto Original de Centro Coordenador
E = Emenda de Centro Coordenador
N = Notificação de Centro Coordenador

POp = Projeto Original de Centro Participante
Ep = Emenda de Centro Participante
Np = Notificação de Centro Participante

POc = Projeto Original de Centro Coparticipante
Ec = Emenda de Centro Coparticipante

(*) Formação do CAAE

Ano de submissão do Projeto										Tipo do centro			Código do Comitê que está analisando o projeto							
n	n	n	n	n	n	a	a	.	d	v	.	t	x	x	x	.	l	l	l	l